FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901 — N° 428

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Juin 1901, à 1 heure.

Par Henri FOSSARD

Né à Vernon (Eure), le 18 septembre 1870
Ancien interne des hôpitaux de Paris
(Lariboisière, Beaujon, Enfants-Malades)
et du Service de Gynécologie de l'hôpital Cochin
Membre adjoint de la Société anatomique.
Médailles de bronze de l'Assistance publique (Externat et Internat)

RUPTURE SPONTANÉE

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

Président : M. BERGER, professeur.
Juges : MM. HUTINEL, professeur.
BOUILLY et WIDAL, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, EDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1901

LIBRAIRIE Joseph Lecherallier 22, Rue Racine PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

125

Année 1901 — N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 13 Juin 1901, à 1 heure.

Par Henri FOSSARD

Né à Vernon (Eure), le 18 septembre 1870
Ancien interne des hôpitaux de Paris
(Lariboisière, Beaujon, Enfants-Malades)
et du Service de Gynécologie de l'hôpital Cochin
Membre adjoint de la Société anatomique.
Médailles de bronze de l'Assistance publique (Externat et Internat)

RUPTURE SPONTANÉE

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

Président : M. BERGER, professeur.
Juges : MM. HUTINEL, professeur.
BOUILLY et WIDAL, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, EDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen ..... M. BROUARDEL.

Professeurs ..... MM.

Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS-DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES de la TOURETTE.	MÉNÉTRIER.	VARNIER.
BROCA (Aug.).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
BROCA (André).	HEIM.	REMY.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
Pierre DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	
DESGREZ.	LEJARS.	THIÉRY.	

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON BIEN-AIMÉ PÈRE

LE DOCTEUR EDMOND FOSSARD

Médecin-major de 1re classe
Chevalier de la Légion d'honneur,

Je dédie ce travail.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Membre de l'Académie de médecine
Chirurgien de l'hôpital Beaujon
Officier de la Légion d'honneur,

Qui veut bien nous donner encore une marque de sa bienveillance en nous faisant l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, l'expression de tout notre respect.

Je remercie tous les maîtres dont les conseils éclairés et les savantes leçons m'ont guidé dans le cours de mes études médicales. Quelques-uns d'entre eux ont été pour moi plus que des maîtres, je puis dire de véritables amis. Ils se reconnaîtront dans ces lignes et savent que j'emporte d'eux un impérissable souvenir.

A NOS MAITRES DE L'INTERNAT

Internat provisoire, 1896. — Hôpital Lariboisière.

MESSIEURS LES DOCTEURS ACHARD, DUFLOCQ, DREYFUS-BRISAC, GOUGUENHEIM

Internat 1897 (1er semestre). — Hôpital Lariboisière.

MONSIEUR LE DOCTEUR DELENS

(2e semestre). — Hôpital des Enfants-Malades.

MONSIEUR LE DOCTEUR D'HEILLY

Internat, 1898. — Hôpital Beaujon.

MONSIEUR LE DOCTEUR JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE
MONSIEUR LE DOCTEUR LEJARS

Internat, 1899. — Hôpital Beaujon.

MONSIEUR LE DOCTEUR TROISIER
MONSIEUR LE DOCTEUR PARMENTIER

Internat, 1900 (1er semestre). — Hôpital Lariboisière.

MONSIEUR LE DOCTEUR PEYROT
MONSIEUR LE DOCTEUR SOULIGOUX

(2e semestre). — Hôpital Cochin (service de gynécologie).

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUILLY
MONSIEUR LE DOCTEUR BOUGLÉ

A NOS AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MESSIEURS LES PROFESSEURS BERGER, PINARD
MESSIEURS LES DOCTEURS A. MARCHAND, DUGUET, TAPRET, LYOT, GUILLEMAIN, VILLEMIN, FLORAND, MACAIGNE, MICHON, ROCHON-DUVIGNEAUD.

MEIS ET AMICIS

RUPTURE SPONTANÉE

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

INTRODUCTION

La rupture spontanée des kystes de l'ovaire peut être un des modes de terminaison et de guérison de ces néoplasmes, mais elle peut aussi entraîner rapidement la mort de la malade si l'on n'intervient pas immédiatement par une *laparotomie d'urgence*.

Depuis l'article fondamental de Nepveu, paru en 1875 dans les *Annales de gynécologie*, l'histoire de cette grave complication des kystes a été souvent faite : il nous paraît inutile d'y revenir à nouveau.

Notre excellent maître, M. le Dr Bouilly, après nous avoir communiqué les cas analogues qu'il avait eu l'occasion d'observer, nous montra que l'on pouvait reprendre avec fruit cette étude. C'est dans son enseignement à la fois si clair et si savant que nous avons puisé les connaissances nécessaires pour mener à bien ce travail. Il nous a donné à maintes reprises des preuves de sa confiance et de son

amitié ; qu'il soit assuré de notre profonde reconnaissance.

M. le Dr Quénu, à l'occasion d'un cas de rupture spontanée observé par nous tout récemment dans son service, eut l'extrême bienveillance de vouloir bien nous faire part des idées personnelles qu'il possédait sur ce sujet. Je ne saurais trop l'en remercier.

Après avoir cherché, puis recueilli un certain nombre d'observations semblables publiées dans ces dernières années, nous avons pensé qu'elles étaient suffisamment nombreuses pour permettre une étude d'ensemble et peut-être, à défaut de faits nouveaux, une façon nouvelle d'envisager la question.

CHAPITRE PREMIER

Étiologie.

Sous le nom de *ruptures spontanées* des kystes de l'ovaire, nous étudierons toutes les solutions de continuité qui, siégeant sur un point quelconque de la paroi de ces néoplasmes, sont tantôt favorisées par une dégénérescence préalable ou un amincissement extrême des enveloppes kystiques, tantôt véritablement indépendantes de tout processus dégénératif. C'est dire, en d'autres termes, qu'exception faite des coups portés sur le ventre avec une extrême violence et, dans certains cas, le travail de l'accouchement, toutes les causes de rupture rentrent dans notre sujet. N'est-ce pas ce que voulait déjà exprimer Gallard, en 1886 *(Leçons cliniques sur les maladies des ovaires)*, lorsqu'il écrivait : « Lorsque le liquide se déverse ainsi par une ouverture faite à la poche qui le renferme, la première cause qu'on songe à invoquer, c'est tout naturellement le traumatisme. Il y a en effet des cas où cette cause n'a pu être méconnue. Mais on a certainement exagéré son action en le faisant intervenir dans des circonstances qui nous semblent absolument insuffisantes pour qu'elle ait pu produire un tel effet s'il n'y a pas eu préalablement des modifications de la paroi du kyste. »

Tout d'abord, quelle est la *fréquence* de cette complica-

tion ? Si l'on estime, avec Schrœder *(Maladies des organes génitaux de la femme)* et Hofmeïer *(Manuel de gynécologie opératoire)*, que la rupture spontanée constitue un accident journalier qui passe en général inaperçu ou dont on ne s'aperçoit souvent que par hasard en pratiquant l'ovariotomie (observations de M. Poncet, in thèse de Lair, *Contribution à l'étude de la rupture spontanée des kystes de l'ovaire dans le péritoine,* thèse Lyon, 1892, p. 725) ; si l'on songe qu'un grand nombre de kystes aussitôt diagnostiqués sont opérés, on voit que cet accident est, en somme, encore assez fréquent, Boinet et Ferrand *(Dictionnaire Dechambre,* page 83), Follin et Duplay *(Traité de pathologie externe,* tome VII), le professeur Tillaux *(Traité de chirurgie clinique*, 1894, t. II, p. 196) partagent la même opinion. « Un accident dont il est bon d'être prévenu, écrit le professeur Tillaux, c'est la rupture spontanée de la poche : il existe, en effet, des kystes de l'ovaire *déhiscents.* »

Nepveu, dans les *Annales de gynécologie* (1875), — Rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine — en réunit jusqu'en 1875, 127 cas. Aronson (Dissertation inaugurale de Zurich, 1882) en réunit jusqu'en 1882, 252 cas.

Depuis 1882, Mme Waite, dans sa thèse de doctorat *(Contribution à l'étude de la rupture des kystes de l'ovaire*, thèse Paris, 1883), M. S. Rémy *(De la grossesse compliquée de kyste ovarique*, thèse d'agrégation, Paris, 1886), Olshausen (Die Krankheiten der ovarien, *Deutsche chirurgie*, Stuttgart, 1886), M. le professeur Poncet dans la thèse de Lair, 1892 *(loco citato)*, M. le professeur Gross dans la thèse de Duffner *(Ruptures et perforations des*

kystes de l'ovaire, thèse de Nancy, 1892-93, n° 10), M. le Dr Guinard dans la thèse d'Arnal (*De l'intervention chirurgicale dans la rupture traumatique des kystes de l'ovaire*, thèse de doctorat, Paris, 1898, n° 454), rapportent successivement des cas assez nombreux de rupture.

L'*âge* ne paraît pas avoir par lui-même beaucoup d'importance. La rupture peut s'observer à tout âge. Georges Beale (*Brit. med. J.*, 12 déc. 1891) rapporte l'observation, avec autopsie, d'une rupture mortelle d'un kyste ovarique chez une petite fille de six semaines : la cavité péritonéale était inondée de pus ; la déchirure siégeait sur l'ovaire droit kystique. Jenkins (*Americ. Journ. of Obstetrics*, 1880) cite le cas d'une enfant de trois ans et quatre mois qui succomba à une péritonite aiguë provoquée par la rupture d'un kyste de l'ovaire.

Ces cas sont évidemment exceptionnels, car on sait que les kystes de l'ovaire se voient surtout à la période d'activité sexuelle, mais pas exclusivement. La rupture pourra donc se voir avec prédominance aux mêmes âges. La plus âgée des malades dont nous rapportons les observations avait 57 ans; les plus jeunes, la malade du Dr Quénu avait 21 ans; la malade du Dr Bouilly, 22 ans. C'est donc entre 25 et 40 ans que la maladie atteint sa plus grande fréquence. Si on voit assez souvent la rupture se produire chez des jeunes femmes, il faut se rappeler que c'est aussi l'époque où les kystes dermoïdes se montrent de préférence : cette rupture des kystes dermoïdes a été étudiée particulièrement par Sgourdéos (*De la rupture dans le péritoine des kystes dermoïdes de l'ovaire*. Thèse doctorat, Lyon, 1897-98).

La fréquence de la rupture n'est pas non plus en rapport avec le *volume* de la tumeur : les gros kystes uniloculaires ne sont pas les plus exposés à se rompre, à moins d'un violent traumatisme. La déhiscence spontanée s'observe bien plus souvent sur les petits kystes dus à l'hydropisie folliculaire (Pozzi, *Traité de gynécologie*, 3e édition, p. 824).

Quant aux causes jouant le *rôle effectif* dans la rupture de la tumeur, nous les diviserons, à l'exemple de Nepveu (*Annales de gynécologie*, 1875), en deux grandes classes :

I. — *Ruptures par traumatisme.*

II. — *Ruptures par altérations des parois du kyste.*

Nous pouvons ainsi faire rentrer dans cette division toutes les causes de rupture spontanée, car, ainsi que le fait observer Arnal (*loco citato*) pour les ruptures traumatiques, « n'y a-t-il pas lieu de se demander si certaines conditions anatomiques ne favorisent pas la rupture dans ces cas et ne préparent pas en quelque mesure le kyste à se rompre sous l'influence d'un traumatisme qui dans la majorité des cas eût été insuffisant ».

De plus, que la rupture du kyste se fasse dans le péritoine ou dans les organes voisins, en dehors de la cavité péritonéale, les causes sont absolument les mêmes : la seule différence consiste, en cas de *rupture extra-péritonéale*, dans le fait d'*adhérences* inflammatoires fixant le kyste soit à la paroi, soit aux organes du voisinage. En un mot, le *kyste rompu extra-péritonéalement est un kyste adhérent.*

M. le professeur Terrier a étudié particulièrement ce point de physiologie pathologique à propos de l'ouverture

des kystes dans l'intestin (Terrier, *Revue mensuelle de méd. et de chir.*, 1877).

§ 1. — **Ruptures par traumatismes.**

Les traumatismes susceptibles de rompre un kyste peuvent être :

a) Externes ou directs ;

b) Internes ou indirects ;

c) Chirurgicaux.

a) Les *traumatismes externes* ou directs sont très divers et peuvent varier à l'infini. Ce sont ces traumatismes qui font l'objet de la thèse d'Arnal. D'après ce dernier, sur 51 cas, 23 résultent de violences extérieures :

17 fois, chute d'une voiture, d'une échelle, dans un escalier ;

3 fois, coup de pied ;

1 fois, en montant en voiture ;

1 fois, ceinture hypogastrique (Doumairon) ;

1 fois, une voiture passe directement sur le ventre (Millau).

Mme Waite rapporte dans sa thèse, dans cet ordre de faits, les récits les plus variés.

b) Les *traumatismes internes* ou indirects répondent aux traumatismes d'*ordre physiologique* de Nepveu : c'est sous le nom de traumatismes physiologiques qu'ils sont bien étudiés dans la thèse de Lair.

L'*effort*, tel est le phénomène capital causant la rupture dans ce groupe de faits : comprimé de haut en bas par la contraction du diaphragme, d'avant en arrière par la

contraction des muscles de la paroi abdominale, le kyste éclate au niveau de son point faible. Ainsi s'expliquent les cas de rupture survenant dans un éclat de rire, les vomissements, l'action de se baisser pour dénouer ses bottines (Trousseau), les efforts de la toux, l'éternuement, une émotion violente causée par un incendie (obs. IV du Dr Bouilly), la danse, le coït (observations de Peck, *Medic. Record*, 1885, 9 mai; mort, et de Pollard, *Lancet*, 11 mars 1848, I); un mouvement un peu brusque (Grognot. *Quelques considérations sur la rupture des kystes de l'ovaire par ouverture dans le vagin et par perforation de la paroi abdominale*, Thèse Paris, 1877); les efforts des vomissements durant l'anesthésie précédant la laparotomie (observ. de Sanger, *Soc. gynéc. de Leipzig* in *Centr. für Gynæc.*, 1887, n° 9; et d'Adrien Pozzi, 1883, service de Trélat); l'action du purgatif (la rupture dans l'intestin est alors favorisée par les mouvements péristaltiques et antipéristaltiques de ce dernier) (Mme Waite, *loco citato*; et Tilt (On a new plan of treating ovarian dropsy, *Lancet*, 1848, II); l'éclampsie.

Mais toutes ces causes n'agissent évidemment pas seules, comme le fait observer Gallard : « Quand on nous dit qu'un kyste s'est rompu pendant des efforts de vomissements, au milieu d'un éclat de rire ou pendant que la malade faisait un effort pour se retourner dans son lit, il est trop évident que la cause n'est pas en rapport avec l'importance de l'effet produit et que cette rupture aurait pu sans ce léger accident avoir lieu un peu plus tôt ou un peu plus tard, ou même chez notre malade durant le sommeil. »

c) Les *traumatismes chirurgicaux* peuvent aussi provoquer la rupture par suite des manœuvres intempestives faites par le chirurgien. Le Dr Vuillième *(De la rupture des collections enkystées de l'abdomen au cours du palper abdominal*, Thèse doctorat, Paris, 11 mai 1900) a attiré l'attention sur ce point. Dans cet ordre de faits rentrent les ruptures déterminées par les frictions, le massage (obs. du Dr Guinard), le brossage et le lavage de la paroi abdominale trop énergiques avant la laparotomie, l'examen de la malade (palper abdominal, toucher vaginal, spéculum); enfin, la ponction (Courty, *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, 1881). Dans ce dernier cas le liquide qui reste dans le kyste s'écoule dans le péritoine par l'orifice resté béant.

Nous voyons, en somme, que dans tout ce chapitre des ruptures par traumatisme il s'agit le plus souvent de *traumatisme léger;* comme nous l'avons déjà fait observer, ce n'est pas là la véritable cause occasionnelle que nous trouvons dans le travail destructif des parois qui prépare la rupture : ces légers traumatismes viennent hâter simplement une terminaison imminente. M. Bouilly, M. Pozzi, MM. Arnal et Duffner partagent la même opinion. Comme le dit si bien M. Vuillième, « ces ruptures ne sont, en général, que des *ruptures spontanées déguisées* », ce qui nous amène à envisager le second chapitre « Ruptures par altération des parois », de beaucoup le plus important.

§ 2. — **Ruptures par altération des parois.**

Les altérations frappant les parois kystiques peuvent être rangées en deux grandes classes :

α. Les altérations de nature *inflammatoire ;*

β. Les altérations dues à un processus *de dégénérescence.*

α. **Altérations de nature inflammatoire.** — Ainsi que le fait observer M. le Dr Quénu (*Des kystes non dermoïdes de l'ovaire*, thèse Paris, 1881), l'inflammation peut être le résultat de la ponction, de traumatismes quelconques ; elle peut être due à une torsion du pédicule, à une hémorragie intra-kystique, à des péritonites antérieures. De plus, il y a rapport direct entre l'inflammation des parois du kyste et celle de son contenu, c'est-à-dire la suppuration du liquide : toute cause amenant l'une d'elles amènera presque fatalement l'autre.

Les complications des kystes ovariens peuvent ainsi produire la rupture par un même mécanisme.

L'*augmentation de la pression intra-kystique.* Celle-ci peut être soit brusque et rapide, soit lente. La quantité de liquide augmentant, les enveloppes du kyste se trouvent à un moment surdistendues, ces dernières ne peuvent se développer proportionnellement, s'amincissent et cèdent à leur point faible. Il se passe dans ces cas le même processus que Malassez et de Sinéty (Sur la structure, l'origine et le développement des kystes de l'ovaire, *Archives de physiologie,* 1878-81) ont décrit pour expliquer la destruction des cloisons interkystiques : « par suite de l'augmentation incessante des cavités kystiques, les trois couches comprimées et distendues se confondraient en une seule, puis la compression et la distension continuant, la cloison s'amincirait peu à peu et arriverait

même à s'atrophier dans ses parties centrales qui sont les moins facilement nourries ».

D'après M. Bouilly, la rupture du kyste ne coïncide pas aussi souvent avec la *torsion* du pédicule que se plaisent à le rapporter les auteurs. Mouthon et Kisseloff, dans leurs thèses respectives, s'accordent à reconnaître avec MM. Duplay, Schwartz et Gérard Marchant que ce sont le plus souvent les kystes dermoïdes qui présentent cette complication. Ainsi que le fait observer Sgourdéos, toutes les conditions les plus favorables à la torsion se trouvent réunies dans ces derniers kystes (pédicule plus long, plus lourds, moins volumineux, surface lisse). M. Baron (*Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire*, thèse Paris, 1898) admet, avec M. le Dr Bouilly, trois degrés dans la torsion : « au 1er degré il y a congestion, au 2e degré hémorrhagies, au 3e degré sphacèle avec les complications qu'il entraîne ». Les veines ayant leur calibre effacé par la torsion, le sang artériel continuant à affluer (thèse de Moulis, 1890), une véritable hémorrhagie en nappe se produit, ajoute une quantité de liquide à celle déjà contenue dans le kyste (obs. VII), il s'ensuit une augmentation brusque de pression et finalement la rupture. L'hémorrhagie intra-kystique s'accompagne alors d'une hémorrhagie interstitielle de la paroi. Par le même mécanisme agissent encore les traumatismes, les ponctions qui peuvent déterminer des hémorrhagies intra-kystiques. Ces hémorrhagies se produisent aussi tous les mois, au moment des règles, dans cette variété de kystes sanguins appelés par Bœckel *Kystes ménorrhagiques* (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1861, p. 79) et bien étudiés par Rollin (*Des hémorrhagies de*

l'ovaire, th. Paris, 1889). Ainsi que l'écrit ce dernier, « si rien ne s'oppose à leur développement, si leur paroi est résistante, ces kystes ont un accroissement indéfini auquel seule la ménopause peut mettre un terme... Plus souvent peut-être cette évolution est arrêtée brusquement par un accident. Sous l'influence d'une poussée congestive, ce qui s'explique facilement au moment où le follicule se déverse dans la cavité kystique, c'est-à-dire pendant les règles, la paroi mise brusquement en tension cède et le kyste se rompt ». Un épanchement sanguin plus ou moins grave se faisant dans le péritoine, c'est peut-être là l'origine de certaines hématocèles pelviennes. Cette dernière opinion est mise en doute par MM. Bouilly et Quénu : les kystes ménorrhagiques sont d'ailleurs des faits rares. D'après Baron, les kystes du ligament large seraient également susceptibles de subir la torsion, par suite, de se pédiculiser.

Que le kyste vienne à *suppurer* sous l'influence d'un traumatisme, d'une chute (obs. III), de la ponction, de la torsion (Pozzi; Moils, *De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire*, thèse de Paris, 1890), de la menstruation et du coït pratiqué pendant les règles (Mangold, *De l'infection des kystes de l'ovaire*, thèse de Bâle, 1895), de l'administration du seigle ergoté, de l'appendicite, de la salpingite (appendices et trompes malades et adhérents aux kystes, Kealing et Coe, *Clinical Gynecology by American Authors*, 1895, p. 647), de la puerpéralité, ainsi que nous le verrons plus loin, des maladies infectieuses telles que la grippe (Bouilly, De la suppuration des kystes de l'ovaire, *La Gynécologie*, juin 1896) ou de la fièvre typhoïde (Werth,

De la suppuration post-typhique du kyste de l'ovaire, *Deutsche med. Woch.*, 1893, n° 21 ; Fasching, *Wiener klin. Woch.*, 1892, n° 18; Indeck, *Münch. med. Woch.*, 1896, n° 21 ; Pozzi, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1900), enfin que la suppuration soit spontanée (inflammation purement chimique comme dans les kystes dermoïdes) (Bouilly, *loco citato)*, — la rupture reconnaît toujours comme mécanisme une augmentation de tension et va être favorisée par le ramollissement des parois. Souvent dans tous ces cas il se forme des *adhérences* qui s'opposent à l'épanchement dans le péritoine : la rupture est extra-péritonéale. Ainsi que l'a montré M. Pierre Delbet *(Des suppurations pelviennes chez la femme*, Paris, 1891), la paroi du kyste s'ulcère, l'ulcération gagne la paroi voisine et la perforation est constituée, ou inversement, comme Black et Bristowe (thèse de Mme Waite) l'ont vu chez des malades tuberculeuses et Spillmann chez des typhiques, une ulcération intestinale se faisant en un point adhérent au kyste peut traverser les deux parois. Néanmoins la rupture d'un kyste de l'ovaire suppuré peut se faire aussi dans la cavité abdominale, ainsi qu'en témoignent notre observation III et les 5 cas, dont 4 dermoïdes, rapportés par M. Delbet *(loco citato)*. Les corps étrangers, les os, les dents, etc., qui sont contenus parfois dans ces kystes doivent favoriser le travail ulcératif. Rappelons, avec M. Bouilly *(loco citato)*, qu'il faut bien distinguer les kystes de l'ovaire suppurés des ovarites suppurées (thèse de A. Mauger, 1900), dont quelques-unes peuvent, par le volume des collections, simuler de petits kystes de l'ovaire de même qu'il y a lieu de ne pas confondre la substance

puriforme des kystes dermoïdes avec la vraie suppuration.

Parmi les causes d'inflammation nous avons cité avec M. Quénu les *péritonites antérieures*. Les adhérences que nous avons pu observer si fréquemment au cours des ovariotomies pratiquées par notre maître, M. Bouilly, ne sont-elles pas la preuve de la péritonite chronique qui accompagne la marche des tumeurs abdominales?

Les poussées de péritonite aiguë que l'on observait autrefois, soit à la suite de la ponction (pénétration de quelques gouttes de liquide septique dans le péritoine), soit à la suite du traitement des kystes de l'ovaire par l'électricité, sont devenues de plus en plus rares avec les bienfaits de la chirurgie aseptique.

β. **Altérations dues à un processus de dégénérescence.** — La dégénérescence lente frappant les parois du kyste peut être :

1° *Néoplasique;*

2° *Gangreneuse;*

3° *Graisseuse* ou *calcaire*.

« Il y a accumulation de liquide extraordinaire; les vaisseaux sont comprimés ou oblitérés; l'apport sanguin est diminué; le stroma des parois diminue d'épaisseur et enfin, survient un processus d'involution. La rupture spontanée, comme on l'appelle, en est la conséquence et quand le liquide fait irruption dans l'abdomen, il en résulte une péritonite qui se termine habituellement par la mort. » (Spencer Wells, *Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus*, 1883.)

1° La dégénérescence *néoplasique* se rencontre fréquemment : « Une des causes les plus fréquentes de rupture est l'accroissement excessif d'une substance intra-kystique, papillaire d'ordinaire et, en ce cas, la rupture se traduit par une infiltration lente à travers des parois amincies et nécrosées de la paroi kystique ne donnant pas lieu à des symptômes trop aigus. Les déchirures spontanées surviennent au niveau d'une zone voisine d'un kyste surdistendu. » (Greig Smith, *Chirurgie abdominale*, p. 121).

Les tumeurs papilliformes ou villeuses sont, en effet, favorables aux ruptures, ainsi qu'il ressort de nos observations I, XI, XXII. Tantôt la production des végétations dans l'intérieur de la cavité kystique est si abondante que la paroi éclate; tantôt ces végétations prolifèrent extérieurement, perforent la paroi (obs. XI), donnant lieu non pas à une hémorrhagie spontanée intra-kystique comme les précédentes, mais bien intra-péritonéale et, par suite, permettant au kyste de se vider dans le péritoine. C'est en ayant en vue ces tumeurs que M. Bouilly a pu dire (Le pronostic des kystes végétants de l'ovaire, *XIe Congrès de chirurgie*, Paris, 1897, p. 894) « qu'il existe un nombre considérable de kystes de l'ovaire dont le degré de malignité nous est inconnu : entre la bénignité et la malignité, il n'y a souvent que l'épaisseur d'une mince cloison ».

Les cysto-sarcomes, les cysto-épithéliomes, quand ils n'entraînent pas rapidement la mort, sont également exposés à se rompre (obs. VIII et XXIV). Ces tumeurs polykystiques présentent, en certains points, des parois dégénérées, extrêmement minces, en imminence de rupture. M. Poncet en rapporte trois observations dans la

thèse de Lair. Nous n'insistons pas, car alors ce ne sont plus des ruptures des kystes de l'ovaire, à proprement parler.

2° Pour que les parois d'un kyste se sphacèlent, il faut que la vitalité de ce dernier soit assez brusquement compromise (obs. VII). La *gangrène* du kyste est rarement provoquée par la torsion lente du pédicule : « Un des résultats rares de la torsion est l'inflammation gangreneuse de la tumeur ; on doit alors admettre une torsion brusque amenant une mortification subite du néoplasme et des adhérences intestinales ayant servi de voie à l'accès des germes. » (Pozzi, *Traité de gynécologie*, 3e édition).

3° On comprend que toutes les dégénérescences *graisseuse, athéromateuse, calcaire* que peuvent subir les parois kystiques, affaiblissant la résistance de ces dernières, vont créer autant de points faibles qui ne demandent qu'à se rompre.

La forme de dégénération la plus importante est la *dégénérescence graisseuse*. Comme l'écrit Spencer Wells *(loco citato)*, « il y a très peu de kystes ovariens où on ne l'ait observée à un certain degré. On trouve par ci par là des plaques jaunes ou brun clair faisant une légère saillie, formées de dépôts graisseux ou lardacés contenus dans les cellules du tissu aréolaire ». M. Quénu *(loco citato)* fait observer que c'est surtout dans les cysto-épithéliomes qu'on voit cette dégénérescence. Les cellules épithéliales graisseuses tombent et se dissolvent, et ce processus dégénératif ne tarde pas à envahir toute l'épaisseur de la paroi et des cloisons. Ainsi s'explique la présence des cristaux de cholestérine et des cellules graisseuses que l'examen

microscopique nous fait déceler dans les liquides kystiques. De plus, autour des plaques jaunes le tissu peut s'enflammer, comme le dit M. Quénu : « Il s'agit là d'une simple inflammation éliminatrice autour des parties dont la vitalité est compressive. »

MM. Malassez et de Sinéty ont constaté dans les cloisons des cavités kystiques des taches blanches opalines rappelant l'aspect des *infarctus :* ces lésions répondent à la dégénérescence *athéromateuse*. Si on examine ces taches au microscope, on y distingue une masse granuleuse contenant des éléments embryonnaires et des fibres conjonctives.

Quant à la métamorphose crétacée ou *calcaire*, « elle est, dit Spencer Wells, la période de dégénération la plus avancée : elle consiste dans la transformation des dépôts lardacés en une matière calcaire ; cet état est complètement différent de l'ossification. Ce dépôt calcaire s'étend parfois sur une grande partie des parois de certains kystes qu'il rend rugueuses, inégales et les expose aux ruptures ».

En terminant ce chapitre d'étiologie, disons enfin que *diverses causes peuvent s'associer* entre elles pour favoriser la déhiscence kystique. Nous avons vu par exemple la rupture préparée par une altération des parois, déterminée par un léger traumatisme. Nous allons voir souvent, dans le chapitre suivant « Rupture et grossesse », une même cause conduisant également à la rupture par des processus différents.

CHAPITRE II

Rupture et grossesse.

Tous les accoucheurs sont unanimes à reconnaître que la grossesse, l'accouchement, les suites de couches favorisent beaucoup la rupture des kystes de l'ovaire. « Les kystes de l'ovaire se compliquent plus facilement au cours de la grossesse qu'en dehors de la gravidité, par suite de leur voisinage, avec la tumeur constituée par l'utérus gravide : c'est ainsi qu'ils peuvent présenter des hémorrhagies, suppurer et *surtout se rompre* » (Ribemont-Dessaignes et Lepage, *Précis d'obstétrique*, 1896, p. 941). Certainement, ainsi que le fait observer M. Segond (*Traité de chirurgie* Duplay et Reclus, t. VIII), il est avéré que l'existence d'une tumeur ovarique, petite ou grosse, peut n'apporter aucune entrave à la grossesse. M. le professeur Pinard a ainsi pu observer une femme qui, malgré l'existence d'un kyste ovarique, a pu mener à terme jusqu'à 5 grossesses (Segond, *Encyclopédie de chirurgie*, t. VII, p. 636). De même, Spencer Wells a cité l'observation d'une femme qui, malgré a présence d'un kyste de l'ovaire, eut 5 grossesses normales qui se terminèrent toutes heureusement. M. Bouilly a observé plusieurs fois des faits semblables. Mais, à côté de ces cas rares, que d'observations malheureuses ! Il suffit, pour être édifié, de consulter la thèse d'agrégation de

M. Rémy (*De la grossesse compliquée de kyste ovarique*, Paris, 1886), travail des plus complets sur ce chapitre de dystocie. Sur 257 observations, M. Rémy a relevé 52 fois la rupture pendant la grossesse et la puerpéralité. Ces 52 cas se sont rencontrés chez 49 femmes, dont 24 sont mortes. En somme, une moyenne de 50 p. 100 de mortalité. La règle, écrit M. Pozzi (*Traité de gynécologie*, 3e édit.), « est que les petits kystes intra-pelviens, s'ils laissent évoluer la grossesse, provoquent des accidents formidables au moment du travail ; les grands kystes abdominaux sont une cause presque certaine d'avortement et risquent beaucoup de se tordre au niveau du pédicule, de se rompre ou de suppurer en provoquant une péritonite ». La rupture est, de plus, d'autant plus grave que les *kystes dermoïdes* sont une complication relativement fréquente de la grossesse (Maygrier, Dystocie par tumeurs de l'abdomen et de l'excavation pelvienne, in *Traité de l'art des accouchements*, Tarnier-Budin, t. III).

D'après Mangin (*La Gynécologie*, 15 juin 1896, p. 221), les chiffres donnés par Rémy, 58 sur 200 observations, seraient beaucoup trop faibles, il trouve une moyenne de 36 p. 100 ; or, d'après Olshausen, on trouverait, à l'état normal, 3 p. 100. Si ces kystes dermoïdes viennent à se rompre dans le péritoine, on sait que la péritonite aiguë qui fait suite peut être considérée comme presque fatalement mortelle, puisque Sgourdéos (*loco citato*) relève 17 morts sur 20 cas.

S'il s'agit d'un *kyste parovarique*, le liquide épanché dans le péritoine peut se résorber, la grossesse continuer son cours et même une guérison définitive s'observer.

Nous rapportons dans notre thèse trois observations de kystes parovariques rompus, guéris sans ovariotomie (obs. XVIII, XIX, XX). Dans notre observation XI, où des végétations intra-kystiques avaient provoqué, en perforant la paroi, la rupture d'un kyste de l'ovaire droit chez une femme de 29 ans, enceinte d'environ quatre mois, la laparotomie ne fut pratiquée que cinq jours après la rupture : le liquide épanché était clair et séreux il est vrai. Non seulement cette femme guérit, mais l'évolution de la grossesse ne fut pas troublée. Dans le *Traité de l'Art des Accouchements* de Tarnier et Budin, t. III, M. Maygrier rapporte le cas de la disparition brusque d'un kyste probablement parovarique observé par MM. Budin et Terrillon chez une femme enceinte de 8 mois environ. Aucun accident n'en résulta, l'accouchement eut lieu normalement et à terme.

La rupture au cours de l'*état puerpéral* (Dujardin, *Contribution à l'étude des kystes de l'ovaire dans l'état puerpéral*, thèse Lille, 1897-98; Jalaber, *Dystocie par kyste de l'ovaire pendant l'accouchement*, thèse Paris, 28 octobre 1898) peut se produire *pendant la grossesse*, *pendant le travail* et *dans les suites de couches*.

Pendant la grossesse, lorsque la rupture se produit, c'est souvent au début de celle-ci. Spencer Wells (*Tumeurs de l'ovaire et de l'utérus*, 1883, p. 401, 403, 404) a vu des ruptures aux 3e, 5e, 6e mois. Dans notre observation XI, la grossesse était de trois mois et demi environ.

Toutefois, d'après Ribemont-Dessaignes et Lepage, la rupture serait plus fréquente à la fin de la gestation. Le

kyste, de petit volume, étant confiné comme l'utérus dans le petit bassin, vient à être comprimé entre les parois osseuses de ce dernier d'une part, l'utérus dont le volume augmente progressivement d'autre part, et cède en un des points de sa paroi souvent malade.

Dans les derniers mois de la grossesse, tout l'appareil génital se trouve congestionné ; le kyste a détruit tout ou partie de l'ovaire il est vrai, mais il est toujours un peu nourri par des branches de l'artère utéro-ovarienne ; il se congestionne à son tour, ses parois se ramollissent. Si la tumeur ovarique est très mobile, munie d'un pédicule assez long, la compression n'est pas tant à redouter à cause de l'extensibilité de la paroi abdominale, mais on sait en revanche combien est fréquente, dans la grossesse, *la torsion du pédicule* qui va provoquer soit une hémorrhagie intra-kystique et la rupture, soit la gangrène de la paroi. Enfin il se produit, entre le kyste et l'utérus gravide, ce qui se passe entre le kyste et une tumeur fibromateuse, des frottements, qui vont déterminer la rupture par usure de la paroi mince du kyste. L'utérus gravide et le kyste, en se développant simultanément, sont en effet situés tantôt l'un au-devant de l'autre, tantôt juxtaposés.

Pendant le *travail*, les dangers de rupture augmentent. Au moment de l'accouchement, les conditions se trouvent être différentes. Le kyste de l'ovaire plonge dans l'excavation ; il est là en arrière de l'utérus dans la cavité de Douglas, à droite ou à gauche de l'utérus selon qu'on a affaire à un kyste droit ou gauche. S'il ne gêne pas par bonheur l'engagement de la tête fœtale qui se trouve arrêtée au détroit supérieur, auquel cas « l'expulsion n'est possible

que si la tumeur se déplace, s'aplatit ou se rompt » (Maygrier), le kyste va se trouver serré entre les parois rigides du bassin et la tête fœtale qui s'engage et éclate. C'est surtout quand le pédicule du kyste est court et empêche par suite le kyste de prendre une position favorable que le défaut d'engagement de la présentation s'observe (Poncet, in thèse de Lair). Dans d'autres cas, le kyste reconnaît comme cause de rupture la compression de sa paroi entre la contraction des muscles abdominaux et la contraction utérine.

Rémy nous rapporte dans sa thèse des cas de rupture survenus dans ces diverses conditions (cas de Lefholz, Stadfelt, Fischel).

L'*accouchement spontané* peut cependant avoir lieu bien que la tumeur obstrue complètement l'excavation : tel le fait observé par Tarnier à la Maternité en 1881, rappelé par Rémy.

La rupture peut également survenir pendant le travail au milieu d'une attaque d'*Éclampsie* (Boéchat, in thèse de Sebileau, *Les épanchements du péritoine dans les tumeurs de l'appareil génital interne de la femme*, Paris, 1889).

La rupture se produit-elle, l'accouchement spontané peut se faire puisque le kyste est disparu. La rupture a lieu soit dans la *cavité péritonéale* (obs. XXIV), soit dans le *rectum* (obs. XVI), soit par le *vagin* (Herbiniaux in Doumairon, *Étude sur les kystes ovariques compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité*, thèse de Strasbourg, 1868) a vu un kyste dermoïde se vider par le vagin quelque temps après un accouchement. Brewer (*Transact. of the obstet. Soc. of London*, 1879, XX,

p. 184) a vu une tumeur ovarique qui remplissait l'excavation se rompre par le vagin et la femme accoucher naturellement.

Toutefois, ainsi que le fait observer Duffner, la rupture dans le vagin peu de temps après le travail peut reconnaître une autre cause que les altérations du kyste, « un prolongement kystique intra-pelvien peut être comprimé par la tête fœtale, une eschare se forme, tombe, la fistule cysto-vaginale est constituée par le même mécanisme que la fistule vésico-vaginale ». Barnes (*Archives de tocologie*, 1879, p. 49) cite l'observation d'une femme à qui son accoucheur retira de l'utérus aussitôt après la délivrance une masse volumineuse de cheveux. Peu de temps après, un abcès se forma derrière l'utérus et vint s'ouvrir dans le vagin. C'était un kyste dermoïde suppuré qui s'était ouvert dans le vagin.

Un accident singulier signalé par M. Maygrier (*loco cit.*, p. 475) au cours du travail, c'est la *rupture du vagin* et l'apparition de la tumeur à l'orifice vulvaire (cas de Luschka et Berry). L'observation XVI de Grosse (de Halle), résumée, que nous rapportons, se rapproche du cas de Wiart sur lequel M. Maygrier attire l'attention. Dans les deux cas il s'agit de kystes qui, refoulés par la tête fœtale, occupaient le cul-de-sac péritonéal postérieur, repoussaient la paroi antérieure rectale et arrivaient à l'anus.

La situation devient encore beaucoup plus grave quand le kyste de l'ovaire a *contracté des adhérences* avec le plancher du petit bassin et les parties voisines, quand la tumeur est fixée dans le Douglas : l'accouchement est impossible ;

il faut intervenir. Alors les interventions obstétricales sont aussi redoutables : Le refoulement, c'est-à-dire la tentative de réduction de la tumeur en la repoussant au-dessus de l'aire du détroit supérieur (obs. de Blanc in travail de Loison et Duchesneau, *Archives de tocologie*, sept. 1891, et in thèse de Dujardin, *loco citato)*; les applications de forceps (sur 13 cas d'application de forceps, 2 ruptures d'après la statistique de Jetter in Boinet et Ferrand, *Dictionnaire* Dechambre, article « Kystes de l'ovaire » et thèse de Berlin, 1884, in Rémy, *loco citato);* la version (obs. XXIV; Kœberlé, *Dictionnaire* Jaccoud, article « Ovaire »), ont souvent déterminé la rupture du kyste.

Dans les suites de couches la perforation du kyste est également fréquente. Souvent l'accouchement a été très laborieux, les manœuvres ont été difficiles; il y a eu compression, froissements des parois du kyste qui sont ramollies, enflammées. L'infection utérine post partum semble jouer un rôle important (Bouilly, *la Gynécologie*, 1896, p. 195) : « L'infection partie de la muqueuse et des tissus de l'utérus se propage par les lymphatiques du ligament large pour gagner le hile et les parois du kyste, fait encore plus facile à admettre s'il s'agit d'un kyste intra-ligamenteux. » Le kyste de l'ovaire devient suppuré. Enfin, la laxité des parois abdominales, la disparition rapide de l'utérus gravide vont permettre au kyste son déplacement; il va pouvoir se tordre sur son pédicule. Comme le dit Péan *(Leçons cliniques)*, cette torsion brusque s'observe souvent après les couches.

Cette rupture peut se produire plus ou moins longtemps après l'accouchement. D'après la plupart des observations,

l'espace de temps séparant l'accouchement de l'accident de rupture peut varier de trente heures à vingt jours.

En présence de toutes ces complications, convenons que « si l'on met en parallèle les dangers certains de l'expectation et la bénignité de l'ovariotomie entreprise à temps, l'hésitation n'est pas permise » (Pozzi).

CHAPITRE III

Anatomie et physiologie pathologiques.

Qu'est-ce qu'*on voit* au cours d'une ovariotomie pratiquée chez une femme atteinte d'un kyste de l'ovaire rompu ?

La malade, anesthésiée, étant placée dans la position inclinée de Trendelenburg, la masse intestinale étant retombée sur le diaphragme, dès que le chirurgien a incisé le péritoine pariétal, la première chose qui frappe les yeux de l'observateur c'est l'issue d'un flot de liquide s'échappant de la cavité péritonéale.

Le liquide évacué, la main du chirurgien s'orientant, mobilise rapidement le kyste, détache prudemment les adhérences s'il en existe, l'attire au dehors, le pédiculise, l'extirpe. La pièce anatomique en main, il peut alors se rendre compte de l'état de la dégénérescence de la paroi, de la situation et de l'aspect de l'orifice de rupture.

Nous allons suivre exactement le même ordre pour l'étude des lésions et nous étudierons successivement :

I. — Le *liquide épanché*.

II. — L'*état* de la cavité péritonéale et des parties voisines modifiées surtout en cas de rupture extra-péritonéale.

III. — Le *kyste lui-même* avec sa *perforation*.

I. — **Le liquide épanché** est en quantité plus ou moins

considérable qui varie de 50 gr., 100 gr., 200 gr. jusqu'à 25 et 30 kilogr. (Lair, *loco citato*). Il n'est pas rare de voir s'écouler du ventre des flots de substance gélatineuse.

L'ascite occupe les *parties les plus déclives* de la cavité abdominale, à moins d'adhérences limitant l'épanchement. Souvent au cours de l'ovariotomie, par suite de la position inclinée de Trendelenburg dans laquelle se trouve placée la malade, le liquide a tendance à s'accumuler du côté du diaphragme : rien de plus simple à faire replacer la patiente dans la position horizontale et même dans la position inclinée inverse, manœuvre que j'ai vue s'accomplir maintes fois dans les laparotomies pratiquées par M. Bouilly avec la table d'opérations de Doyen modifiée.

Le liquide qui inonde la cavité péritonéale, analogue à celui du kyste dont il provient, peut en présenter toutes les *variétés*.

Il peut être jaune citrin (obs. II, obs. V), gélatineux (obs. IX, X et XIII), clair et séreux (obs. XI), eau de roche (obs. XVIII), sanguinolent à reflet biliaire (obs. I), rouge séreux (obs. XXI), visqueux, chocolat (obs. XII et XXIII), très sanguinolent, sirupeux (obs. XXII), noirâtre et gélatiniforme (obs. VII), enfin franchement purulent (obs. III, obs. VIII).

On conçoit que la *consistance* de tous ces liquides soit éminemment variable. MM. Malassez et de Sinéty font observer que la consistance varie surtout avec la nature du revêtement « limpide et filant avec les cellules cylindriques, il devient épais et gélatiniforme quand l'épithélium caliciforme domine ». Ces liquides sont, tantôt fluides comme de l'eau, tantôt présentent la consistance

du sérum du sang, tantôt sont filants ou huileux. Dans les ascites gélatineuses, le liquide est parfois tellement visqueux que le chirurgien doit le cueillir en quelque sorte avec sa main tellement il adhère au péritoine et aux organes. C'est dans ces cas qu'on a incriminé la paralbumine. « La consistance peut devenir telle, dit Méhu (*Étude sur les liquides extraits des kystes ovariques*, septembre 1881), que la masse demi-liquide se laisse volontiers soulever avec la main comme un corps demi-solide. »

Toute cette question des épanchements ascitiques a été particulièrement étudiée par M. Sébileau (*Les épanchements du péritoine dans les tumeurs de l'appareil génital interne de la femme*, thèse Paris, 1889), et M. Gundelach (*De l'ascite symptomatique des tumeurs ovariques*, thèse Paris, 1886-87, n° 172).

L'épanchement citrin ou *jaune citrin* (obs. II et V) répond au groupe des *ascites simples* ou vulgaires de M. Sébileau. La composition chimique de ces liquides a été surtout étudiée par MM. Ch. Robin et Méhu. Ils ont montré (*Archives de médecine*, 1877) que le liquide ascitique des kystes ovariques ne ressemble pas au liquide ascitique des maladies cardiaques, hépatiques ou des tumeurs fibreuses de l'utérus, le chiffre des matériaux fixes y est plus élevé : à peine de 59 gr. par kilogramme de liquide dans les hystécomes, il s'élève à 66, 68, 71 gr. dans le liquide ascitique des kystes de l'ovaire. Quénu, De l'ascite dans les tumeurs abdominales, *Revue de chirurgie*, 1886, p. 265.

M. Tillaux (*Société de chirurgie*, 25 juillet 1888) rappelle un cas où l'analyse chimique faite par M. Méhu aurait

fait porter un faux diagnostic. M. Quénu (*Société de chirurgie*, 1888) estime que le chiffre de 70 gr. est trop faible : la quantité de matières fixes n'est véritablement utile au chirurgien que si elle approche de 100 gr. Dans la *Revue de chirurgie*, 1887 (Ascite et tumeurs de l'ovaire, p. 543), il démontre que les liquides ascitiques dus à l'irruption dans le péritoine de la matière mucoïde des kystes après rupture de quelques aréoles pouvaient contenir jusqu'à 102 gr. de matières fixes par litre.

Dumouthiers (*Recherches sur quelques liquides pathologiques de la cavité abdominale*, thèse Paris, 1886, p. 106), n'a jamais trouvé de paralbumine. D'après Waldeyer, elle ne manquerait jamais dans le liquide des kystes de l'ovaire.

La cholestérine a été retrouvée une fois par Méhu dans un cas d'irruption du liquide d'un kyste de l'ovaire dans le péritoine. On a trouvé enfin des substances protéiques, des sels minéraux, de la graisse.

Le liquide des *kystes parovariques* (obs. XVIII) diffère du liquide ovarique en ce qu'il est « incolore, non visqueux, ne se coagule pas spontanément, ne précipite pas par l'ébullition, est très pauvre en matières solides, dépourvu de paralbumine, ne contient qu'une très faible proportion d'albumine modifiée et rendue soluble par la présence d'une grande quantité de sels neutres et alcalins » (Segond, article « Kyste de l'ovaire », *Traité de chirurgie* Duplay et Reclus, t. VIII).

MM. Landouzy et Galippe (*Bulletins de la Société de biologie*, 18 février 1887) ont décrit dans le liquide des kystes de l'ovaire des *organismes inférieurs :* microcoques sphé

riques réunis deux à deux en amas volumineux ou en longs chapelets ou bâtonnets qui seraient tantôt isolés, tantôt groupés par deux ou en forme de longs filaments. Ces faits, selon M. Sébileau, ne peuvent s'interpréter autrement que par la rupture de poches kystiques. Ces deux auteurs en déduisaient (*Journal des connaissances médicales*, 1887) que l'étiologie des tumeurs animales et végétales « doit être cherchée dans la pénétration des tissus animaux et végétaux par des macrobes ou microbes ». L'hypothèse peut être ingénieuse, écrit M. Segond (*loco citato*), « mais quoi qu'on en dise la pathogénie des néoplasmes est encore loin de compter parmi les conquêtes de la microbiologie, et l'opinion de Galippe et Landouzy attendra sa confirmation longtemps encore ».

L'*ascite gélatineuse*, due à la rupture d'un kyste de l'ovaire dans le péritoine, comprend plusieurs variétés (Sébileau, *loco citato)* : tantôt le liquide s'épanche dans l'abdomen, ne réagit pas sur la séreuse (obs. IX, obs. XIII), c'est l'*ascite gélatineuse simple ;* tantôt la substance du kyste réagissant sur la séreuse, l'irrite et l'enflamme (obs. II, obs. V), l'ascite gélatineuse peut alors devenir une ascite enkystée. C'est l'*ascite gélatineuse inflammatoire ;* tantôt enfin, les lésions péritonéales sont identiques comme nature à celles de l'ovaire, c'est l'*ascite gélatineuse spécifique*. « Ces cas, écrit M. Sébileau, semblent bien en rapport avec ce que l'on sait aujourd'hui de la généralisation après rupture des kystes de l'ovaire. » Ajoutons que pour Werth (*Arch. f. Gynæk.*, Band XXIII e Band XXIV) et pour Ludwig Korn (*Soc. obst. et gyn. de Dresde*, mai 1886), la *maladie gélatineuse du péritoine de*

Péan, le *pseudo-myxome du péritoine* ne serait autre que le liquide ovarique tombé dans le péritoine à la suite d'une rupture. M. de Tornery (*France médicale*, 1886, p. 421) partage cette opinion et pense que le pseudo-myxome du péritoine n'est que l'épanchement dans l'abdomen d'un kyste rompu : il en rapporte une observation.

L'examen chimique pratiqué dans un cas d'ascite gélatineuse survenue à la suite de la rupture spontanée d'un kyste multiloculaire (obs. IX) démontre que la substance épanchée présente tous les caractères ordinaires du liquide des kystes ovariques.

Nous avons vu que dans notre observation I, le liquide extrait par la ponction présentait un reflet biliaire verdâtre, dans l'observation XX, il était couleur absinthe. Cette teinte verdâtre de l'épanchement répond au groupe des *ascites bilieuses :* elle est due, si la tumeur est volumineuse, à une compression des voies biliaires extra-glandulaires (Péan), c'est de l'ictère par rétention ; si la tumeur est petite, à un trouble général de l'organisme (ictère hémaphéique).

Quelquefois les diverses couches du liquide *n'ont pas le même aspect*. Dans l'observation VIII, pendant la ponction « on voit s'écouler alternativement un flot de liquide limpide et un flot de liquide purulent ; on en retire ainsi 12 litres, dont un sixième au moins est constitué par du pus ». Dans l'observation V, l'examen macroscopique de la pièce enlevée par ovariotomie révèle l'existence de loges de dimensions très variables contenant un liquide d'aspect extérieur différent : les unes contiennent un liquide franchement citrin, les autres présentent un contenu jaunâtre gélatiniforme ; d'autres enfin renferment un liquide colloïde ou de teinte

verdâtre. Ces faits curieux sont à rapprocher de la surprise que l'on éprouve en pratiquant une thoracentèse, de voir s'écouler dans le récipient des liquides d'aspect extérieur absolument différent, ainsi que nous avons été à même de le constater durant notre internat, en 1899, chez une jeune femme atteinte de pleurésie aréolaire polymorphe type dans le service de notre maître, M. le Dr Troisier. Dans ces cas, il s'agit de kystes multiloculaires et aréolaires et on comprend les combinaisons les plus variées qu'on puisse observer par suite de la fusion d'une ou de plusieurs poches secondaires contenant primitivement des liquides ayant une consistance et une coloration différentes.

L'*ascite hématique* consécutive à la rupture kystique s'explique soit par la torsion du pédicule (obs. VII), soit par l'existence de végétations intra-kystiques ayant provoqué une hémorrhagie intra-kystique (obs. I). « Si l'écoulement de sang est abondant, il y a plus de probabilité qu'il se fasse sous forme de suintement passif provenant des vaisseaux abondants des végétations papillaires intra-kystiques plutôt que des vaisseaux déchirés au niveau de la rupture » (Greig Smith, *Chirurgie abdominale)*. Un gros vaisseau lésé par une ponction, l'existence des kystes ménorrhagiques décrits par Bœckel et Rollin peuvent encore provoquer un épanchement de sang dans la cavité péritonéale. A toutes ces causes d'ascite hématique nous devons en ajouter une nouvelle que nous ne trouvons pas signalée dans les publications, c'est la *rupture de néo-membranes vasculaires* entourant le kyste : telle cette malade de l'observation XXII, opérée par M. Bouilly, chez laquelle nous avons constaté l'existence de fausses

membranes vasculaires dont l'exsudation sanglante se déversait dans le péritoine, traces des poussées péritonéales qui accompagnaient chaque hémorrhagie intra-kystique. En cas d'ascite hématique, le sang s'ajoutant au liquide ovarique lui communique une teinte rouge s'il est récemment sorti des vaisseaux ou brune, couleur chocolat s'il a longtemps séjourné dans la cavité du kyste.

Si au bout d'un certain temps le liquide épanché présente une *teinte louche* différente de celle du contenu du kyste, c'est qu'il existe déjà de la péritonite, c'est un liquide qui tourne à la purulence, si il n'est déjà pas purulent. « Le liquide épanché, écrit Lair, est souvent mélangé à des grumeaux et à un liquide blanchâtre caractéristique de la péritonite. » On admet généralement avec M. Letulle que les *ascites chyleuses* tiennent le milieu entre le liquide ascitique vulgaire et le pus. Elles sont pauvres en urée comme le premier, riches en graisse et pauvres en matières albuminoïdes comme le second (Sébileau).

Dans deux observations (obs. III et VIII) la laparotomie a permis de constater l'existence d'un liquide franchement *purulent* coexistant avec des kystes de l'ovaire rompus. Rappelons avec M. Bouilly (*loco cit.*, *La Gynécologie*, 1896) que Mangold a distingué :

1° Une *infection saprophytique* causée par les staphylocoques saprophytes, le bacterium coli et autres saprophytes qui provoquent la suppuration du kyste. Cette infection saprophytique se distingue de l'infection *septique* en ce que l'état général reste relativement bon, que le pouls et la température restent dans un rapport normal : la courbe de la température présente les caractères de la

fièvre hectique, la douleur et la sensibilité sont modérées et souvent il y a absence complète de réaction péritonéale.

2° Une *infection septique* est produite par le streptococcus pyogenes, le staphylococcus pyogenes, le gonocoque, le bacille de la fièvre typhoïde, le bacterium coli commune, le bacille de la tuberculose. Dans cette forme l'état général est grave, le pouls fréquent, il y a des frissons et il existe une péritonite étendue. Le pronostic est ici moins favorable.

Plus loin, M. Bouilly ajoute : « J'ai pu me convaincre de la différence des symptômes cliniques et des lésions anatomiques signalées par Mangold et il est intéressant de pouvoir expliquer cette différence par la variété des agents d'infection et leur degré variable de virulence. » Le malade de l'observation III est le seul cas où M. Bouilly ait pu incriminer le traumatisme comme cause de suppuration. A part les cas où l'infection vient du dehors (trocart, aspiration) et où la suppuration est spontanée, l'infection se propage au kyste d'un organe voisin infecté le plus souvent par la *voie lymphatique* (infection utérine post partum).

M. Schwartz rapporte 2 observations de suppuration de kystes de l'ovaire, survenue à la suite d'un accouchement, dans les *Annales de gynécologie,* 1897, p. 276. Heinricius signale un cas d'infection post partum *(Annales de gynécologie*, 1897). On trouve dans les lochies un grand nombre de microorganismes *anaérobies*, entre autres des diplocoques et des fins bâtonnets. Dans d'autres cas l'infection est *transpariétale*, c'est-à-dire effectuée par la contiguïté de tissu normale ou pathologique (adhérences). « Quoique non démontré, ce mode d'infection n'a en soi-même rien que de très rationnel » (Legueu et Labadie-

Lagrave, *Traité médico-chirurgical de gynécologie*).

Enfin l'infection peut être *hématogène*, le sang charrie les éléments septiques : infection puerpérale (Heinricius, *loc. cit.*), fièvre typhoïde. Trois et quatre mois après une fièvre typhoïde, Fasching, Werth, Sudeck ont trouvé dans le pus le bacille d'Eberth en cultures pures.

D'après Mangold, plus le contenu du kyste est visqueux et épais, plus les microorganismes ont de la peine à se développer ; un liquide plus séreux, plus fluide constitue un bon milieu nutritif même pour les gonocoques.

Il est difficile de se faire une idée exacte des phénomènes déterminés par l'épanchement dans le péritoine des liquides contenus dans les kystes parovariens ou ovariens proprement dits si on se base uniquement sur les données cliniques et si on ne recourt pas aux examens microscopique et bactériologique, enfin à l'expérimentation. Ce fait est d'autant plus important qu'une méthode nouvelle de diagnostic, le *cyto-diagnostic* de MM. Widal et Ravaut (*Société de biologie*, 30 juin 1900 et *Congrès int. Paris*, 1900), encore dans l'enfance quant aux épanchements péritonéaux, tend à s'introduire dans la pratique, méthode de laboratoire il est vrai, mais pouvant être d'un réel secours dans certains cas. On sait que cette méthode consiste à reconnaître la nature d'un liquide pathologique d'après la qualité des éléments cellulaires qu'on y rencontre : c'est, en un mot, l'*examen des éléments cellulaires* en suspension dans les épanchements des séreuses.

Il existe, en effet, presque toujours des *éléments figurés* dans le liquide épanché des kystes ovariques et parovariques. Plusieurs auteurs se sont attachés à décrire des

formes cellulaires qu'ils croyaient caractéristiques : la cellule de Drysdale, la cellule de Garrigues, les corps granuleux de Gluge, les corpuscules de Brunett, les grandes cellules de Foulis et Thornton existent, mais, comme le dit M. Sébileau, « les descriptions qu'ils en ont données, sont vraies partiellement ». MM. Tuffier et Milian, dans une communication récente (*Bulletins de la Société de biologie*, 20 avril 1901), ont montré que le liquide du kyste de l'ovaire contenait des *grosses cellules ovalaires ou rondes remplies de vacuoles* et des *cellules cylindriques* dont l'un des pôles porte une touffe de cils vibratiles : le cyto-diagnostic leur permit ainsi de différencier cliniquement, d'une manière absolue, le kyste de l'ovaire d'une péritonite tuberculeuse. MM. Sabrazès et Muralet (de Bordeaux) ont établi comme terme de comparaison une *formule cytologique* des éléments séreux contenus normalement dans le péritoine du bœuf (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1900). Ces *ascites épithéliales* s'expliquent, ainsi que l'a bien montré Poupinel (*De la généralisation des kystes et des tumeurs épithéliales de l'ovaire*, Thèse Paris, 1886), par la rupture d'un kyste à paroi mince ou par l'usure des parois par des végétations épithéliales exubérantes intra-kystiques.

Quel est donc le degré de *septicité*, de *toxicité* de ces liquides ainsi épanchés dans l'abdomen consécutivement aux ruptures ? Cette question est extrêmement intéressante. Dans nombre de cas de nos observations, la laparotomie est pratiquée plus ou moins hâtivement, la malade guérit parfaitement. Dans d'autres cas, on ne pratique aucune espèce d'intervention, la malade guérit définitivement.

Telle l'observation IV : la disparition du kyste coïncide avec la frayeur causée par un incendie. Dans deux autres faits où les signes d'un kyste de l'ovaire avaient été constatés par M. Bouilly, un examen pratiqué quelques jours avant l'opération ne montre plus apparence de tumeur, sans que cliniquement parlant il se soit passé quelque chose d'anormal (obs. IV).

Dans les observations XVIII, XIX, XX, ce sont des kystes parovariens qui guérissent spontanément. Enfin très souvent, me disait M. Quénu (communication orale), j'ai vu Péan opérer de volumineux kystes de l'ovaire à contenu gélatineux ou colloïde ; la poche se rompant, tout le péritoine était inondé, les intestins flottaient au milieu du liquide, et cependant on n'observait aucune espèce de réaction, la malade guérissait parfaitement.

M. le Dr Quénu, le premier, en 1888, dans des *expériences inédites* faites en collaboration avec M. André, pharmacien à Méru-sur-Oise, a étudié ces faits expérimentalement à l'amphithéâtre de Clamart. Il prélevait aseptiquement par ponction abdominale du liquide de kystes ovariens, le recueillait dans des vases stérilisés et injectait avec les mêmes précautions dans le péritoine de chiens deux à trois litres de ces liquides. Il ne constata aucune espèce d'accidents. Aussi M. Terrier faisait-il observer (Remarques cliniques sur une sixième série de 25 ovariotomies, *Revue de chirurgie*, 1888) : « L'épanchement du liquide du kyste dans la cavité abdominale par l'ouverture de la ponction peut se faire, mais sans provoquer d'accidents, croyons-nous, à la condition que le liquide du kyste ne soit pas contaminé par le trocart...

si ce dernier fait existait, qu'au cours d'une ovariotomie, une certaine quantité de liquide kystique contaminé tombe dans l'abdomen, il pourra facilement y déterminer l'apparition d'accidents péritonitiques septiques entraînant la mort des opérées. »

Toute cette *étude expérimentale* a été complètement reprise dans ces dernières années par MM. Auché et Chavannaz (de Bordeaux).

Le résultat de leurs travaux a été exposé dans les *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1897 et 1899.

Après avoir prélevé aseptiquement les liquides des kystes de l'ovaire et du parovaire, MM. Auché et Chavannaz les ont injectés avec les mêmes précautions dans le péritoine des animaux; ils ont étudié les effets produits et, afin d'avoir un terme de comparaison, ils ont recherché quelle pouvait être aussi l'action d'injections intra-péritonéales d'eau et de sérum stérilisés. Ils se sont servis du lapin comme animal d'expérience.

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici les *conclusions* auxquelles ils sont arrivés (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1897, séance du 3 juillet, p. 635) :

1° En l'absence de suppuration, le contenu des kystes prolifères de l'ovaire et des kystes du parovaire est absolument aseptique alors même qu'il y a adhérence de ces kystes avec l'intestin ou encore torsion du pédicule.

2° La toxicité des liquides des kystes proligères de l'ovaire est variable et cette variabilité ne dépend pas de la nature papillaire ou glandulaire du kyste. Nous ne saurions dire si à cet égard la torsion du pédicule a une influence quelconque. Sauf dans un cas, tous les lapins qui

ont reçu plus d'un sixième de leur poids de liquide sont morts quelquefois en moins de vingt-quatre heures.

3° La toxicité des liquides des kystes du parovaire est beaucoup moindre et comparable à celle du sérum artificiel stérilisé qui est à peu près nulle.

4° Par ordre de toxicité décroissante, on peut classer de la façon suivante les liquides injectés :

a) Liquides des kystes proligères de l'ovaire;

b) Eau distillée stérilisée ;

c) Sérum artificiel stérilisé et contenu des kystes du parovaire ;

5° Dans tous les cas suivis ou non de mort l'action des liquides des kystes proligères se traduit par une déchéance prononcée de l'organisme et une diminution de poids parfois considérable.

6° Avec les liquides des kystes du parovaire, ces modifications sont presque insignifiantes.

7° La température ne subit pas des modifications identiques dans tous les cas : un fait cependant constant pour les kystes, c'est qu'il n'y a jamais d'élévation de la courbe thermique. Pour les kystes proligères, dans les cas graves où la mort arrive dans les premiers jours, il y a un refroidissement progressif et quelquefois considérable de l'animal. Dans les cas de survie, la température se relève, mais ne dépasse jamais la normale. Pour les kystes du parovaire, quand l'injection a été abondante, on observe une chute brusque dans les vingt-quatre à quarante-huit heures que dure l'élimination.

8° A moins que la mort ne survienne trop rapidement, le liquide injecté est toujours résorbé complètement. Pour

les kystes proligères, l'élimination est toujours lente et dure plusieurs jours. Pour les kystes du parovaire, elle est complète au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures. L'élimination peut se faire par la voie rénale, elle peut être aidée par la voie intestinale.

9° Le résidu solide des kystes proligères se dépose dans la cavité abdominale, se concrète sous forme de petits amas situés plus particulièrement sur le grand épiploon ou à la surface du foie ou de la rate et disparaît beaucoup plus tardivement.

10° Les lésions macroscopiques consistent en de l'infiltration du tissu cellulaire de la paroi abdominale, quelquefois même du tissu cellulaire des régions éloignées (aisselle, médiastin) du tissu cellulaire sous-péritonéal, du mésentère et parfois même des parois intestinales qui sont alors un peu épaissies, comme œdématiées, tremblotantes. Dans quelques cas nous avons trouvé du liquide dans les cavités pleurale et péricardique et assez souvent une vascularisation exagérée du mésentère, de l'intestin grêle et le plus rarement du gros intestin et de l'estomac. Jamais la séreuse péritonéale n'a été infectée par le liquide injecté.

MM. Auché et Chavannaz, poursuivant encore leurs recherches sur la toxicité du liquide des kystes de l'ovaire, montraient les *lésions du foie (Comptes rendus de la Société de biologie*, 1er juillet 1899) et *du rein (Comptes rendus de la Société de biologie*, 26 juillet 1899) provoquées chez le lapin par les injections intra-péritonéales du contenu liquide des kystes. Les lésions hépatiques se caractériseraient surtout par des lésions de nécrose cellulaire qui peuvent entraîner la mort de l'animal par insuffisance

hépatique. Les lésions rénales consistent en lésions parenchymateuses et en lésions de sclérose. Les premières sont les plus fréquentes et existent souvent seules. Les secondes n'ont été observées que dans un cas et coexistaient avec des altérations épithéliales.

Toutes ces notions relatives à l'étude du contenu du liquide des kystes rompus dans l'abdomen nous étant connues, il nous reste à étudier : l'état des parties voisines modifiées, surtout en cas de rupture extra-péritonéale, et l'état de la cavité péritonéale elle-même ; enfin, les lésions inhérentes au kyste lui-même.

II. — **État de la cavité péritonéale et des parties voisines.** — A. La rupture est *intra-péritonéale*. Le liquide épanché est-il *aseptique?* Le péritoine est sain ; il est pâle, mince, lisse, n'offre aucune lésion.

Le liquide est-il *septique ?* Le péritoine pariétal, plus souvent que le péritoine viscéral, est injecté, épaissi, granuleux, rouge ; présente des arborisations vasculaires ; est, en un mot, enflammé comme dans notre observation V. L'épiploon peut être injecté et épaissi. Les intestins sont injectés, distendus par les gaz, parsemés de granulations ; tendent à faire hernie en dehors des lèvres de la plaie ; des fausses membranes épaisses, résistantes (obs. III) agglutinent les anses entre elles et réunissent ces dernières au kyste ou aux organes du voisinage par l'intermédiaire de l'exsudat fibrineux qui recouvre leur surface. On constate, en un mot, une série de lésions variant de l'*irritation* à l'*inflammation simple*.

D'autres fois, la rupture est plus ancienne ; des adhé-

rences plus ou moins fortes limitant l'épanchement divisent la cavité péritonéale en loges secondaires : c'est l'*ascite enkystée*.

En dehors des lésions inflammatoires, les intestins et surtout la séreuse péritonéale peuvent présenter des altérations de nature spécifique. Véritable *inflammation spécifique*, dit Sébileau, « la séreuse peut être tapissée par un véritable semis cancéreux et blindée, par endroits, de noyaux carcinomateux, de végétations kystiques, de bourgeons épithéliaux grisâtres ou rouges, hémorrhagiques quelquefois : ces granulations de volume variable (grain de mil, pois, noisette) peuvent se réunir en taches, en masses continues formant de véritables tumeurs creusées de poches que remplit un liquide à caractères variables. »

Ces faits s'expliquent par un véritable *ensemencement* de la cavité péritonéale par les éléments du kyste, véritables *cellules vivantes*, comme le dit Ménétrier (*France médicale*, 1886, p. 37), qui se trouvent répandues dans l'abdomen par les mouvements péristaltiques de l'intestin. On en trouve de nombreux exemples dans les thèses de Mme Waite (*Sur la rupture des kystes de l'ovaire*, Paris, 1883), de M. Poupinel (Thèse de Paris ; et *Revue de chirurgie*, 1886, Remarques sur l'anatomie pathologique et le pronostic des kystes mucoïdes de l'ovaire), et d'Alfred Hadjès (*Contribution à l'étude de la généralisation des épithéliomas mucoïdes kystiques de l'ovaire*, thèse Paris, 1889). Toutes ces productions sont surtout nombreuses dans les endroits dans lesquels le liquide ovarien tend naturellement à s'accumuler, tels que les culs-de-sac antérieur et postérieur.

Selon Thornton (*Transactions of the pathological Society*, t. XXVIII, 1877), on les trouve plus souvent sur l'épiploon et le mésentère que sur le péritoine ; ces derniers offriraient, par suite, de l'inégalité des surfaces, un logement plus commode pour les cellules. Dans ces circonstances il s'agit, disons le mot, de véritables *greffes* semblables à ces greffes péritonéales produites par le liquide des kystes hydatiques (scolex et vésicules), sur lesquelles notre maître, M. Peyrot et M. Quénu, ont attiré l'attention (*Bulletins de la Société de chirurgie*, 9 mars 1900) et qui peuvent être possibles à la suite de la rupture des kystes hydatiques de l'ovaire, kystes déjà étudiés par Dermigny (*Des kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme*, Thèse Paris, 1894, n° 317) et dont l'existence est indéniable puisque Le Nadan est parvenu à en recueillir 38 observations dans sa thèse (*Etude sur les kystes hydatiques de l'ovaire*, Bordeaux, 1896-97, n° 20). M. Rémy (thèse d'agrégation) a même pu noter la coexistence de kyste hydatique de l'ovaire avec la grossesse ; dans un cas le diagnostic de kyste hydatique suppuré de l'ovaire fut confirmé par la laparotomie : la malade guérit (cas de Fort, 1884).

MM. Bar et Dambrin (in thèse de d'Herbécourt, *De la voie vaginale sans hystérectomie*, Paris, 1900) rapportent un cas de dystocie causée par un kyste hydatique du petit bassin. La tumeur s'étant rompue au cours de l'accouchement, on pratiqua la laparotomie : il s'écoula du péritoine une petite quantité de liquide légèrement rosé ; les vésicules hydatiques baignaient dans le liquide au milieu des anses intestinales. « En arrière et à gauche de l'utérus

on arriva, avec la main, sur un kyste dont la paroi était rompue. »

Extraction des hydatides. Le douzième jour, la malade eut une éruption d'urticaire qui persista trois jours : signe d'intoxication. Finalement elle guérit.

A la suite de ces greffes on comprend qu'il s'établisse, en différents endroits de la cavité péritonéale, des petits centres glandulaires qui croissent, sécrètent chacun pour leur part.

Nous avons vu plus haut que la rupture d'un kyste à contenu colloïde dans le péritoine peut aussi donner naissance à des formations de même nature que le kyste. Olshausen et Werth font observer que ces formations appelées myxomes ne sont pas constituées par du véritable tissu myxomateux et proposent le nom de *pseudomyxome du péritoine.*

Olshausen rapporte également plusieurs cas de *généralisation* de *tumeurs dermoïdes.* Bland Sutton (Quelques effets de la rupture intra-péritonéale des kystes abdominaux, *Brit. med. J.*, 4 juin 1892) partage son opinion. Le Dr Masse (de Bordeaux), confirmant expérimentalement les idées de Fraenkel, les explique par la rupture des kystes ovariques.

Lawson Tait prétend même que les kystes parovariques sont susceptibles de généraliser au même titre que les kystes ovariques si l'accident de rupture survient dans des périodes avancées de l'évolution de ces néoplasmes.

B. La rupture est *extra-péritonéale.* Les ruptures des kystes ovariens suivies de leur évacuation dans une cavité viscérale ont été particulièrement étudiées dans la thèse de Duffner *(loco citato).*

Nous avons vu que la condition indispensable à ces kystes pour se rompre dans les viscères était d'être des *kystes adhérents*.

M. Duffner (thèse Nancy, 1892), a réuni 142 cas de rupture extra-péritonéale qui se répartissent de la façon suivante :

Rupture dans les voies digestives....	51	cas
— à l'extérieur.....	34	—
— dans les voies génitales.....	33	—
— dans la vessie.....	16	—
Ouverture double.....	8	—

En cas d'*ouverture dans les voies digestives* le plus souvent la rupture a lieu dans le rectum; elle peut cependant avoir lieu dans tous les points du tube intestinal : l'observation XIV du Dr Guinard était un kyste dermoïde de l'ovaire ouvert dans le côlon.

Le plus souvent le kyste et le rectum sont en communication directe immédiatement accolés. Harrison Cripps (Ovarian cysts communicating with the rectum, *British medical Journal*, 2 janvier 1897), après avoir rappelé 4 observations qu'il a publiées dans le *British* en février 1894, rapporte un nouveau cas de kyste de l'ovaire communiquant avec le rectum : dans le rectum il y avait un trou d'environ un pouce de diamètre.

Le plus souvent l'orifice est disposé de manière à permettre l'écoulement du liquide kystique dans le rectum, mais non la pénétration des matières fécales dans la tumeur. Quelquefois la communication ne se fait que par l'intermédiaire d'un véritable abcès fécal limité par des adhérences.

« Les faits, dans lesquels on a signalé l'ouverture d'un kyste ovarique dans l'*estomac*, sont très contestables », dit M. Segond (*Traité de Chir.*, p. 642).

M. Duffner en signale 5 cas dans sa thèse. M. Quénu (thèse de Paris, 1881) ne connaît pas de cas de rupture dans l'estomac.

Si le kyste se *rompt à l'extérieur*, il peut s'ouvrir sur tous les points de la paroi, le plus souvent à l'ombilic qui représente un point de faible épaisseur et de faible résistance. Tel était le cas que nous signalerons plus loin, qu'a pu observer notre Maître, M. Lucas-Championnière.

Sur les 33 cas d'ouverture dans les *organes génitaux* signalés par Duffner, 12 fois l'ouverture s'est faite dans la trompe, 20 fois dans le vagin, 1 fois dans l'utérus et le vagin.

Quand l'ouverture se fait dans les *trompes*, on a affaire à cette variété de kystes décrits par Richard sous le nom de *kystes tubo-ovariens*. « L'ovaire kystique est, dit M. Pozzi, greffé à la trompe dilatée qui communique avec lui, de telle sorte que la cavité, généralement très infléchie en forme de cornue, est constituée par une portion tubaire et une portion ovarienne. » Olshausen (*Die Krankh. der Ovarien*, Stuttgart, 1886) aurait vu des kystes tubo-ovariens formés par des kystes de très grandes dimensions (kystes proligères) et, dans deux cas, par des kystes du ligament large. M. Bouilly se montre un peu sceptique relativement à l'ouverture de grands kystes dans la trompe : il faudrait alors une trompe malade, enflammée, ayant déterminé des adhérences, surtout au niveau du pavillon, entre elle et l'ovaire kystique ; en un mot, une coïncidence préalable

d'hydrosalpinx et de kyste ovarique. La cloison qui séparerait les deux organes disparaîtrait sous l'influence de l'atrophie provoquée par la tension du liquide qui existe sur ses deux faces. Il faudrait, de plus, que la trompe soit très dilatée pour permettre l'évacuation du liquide.

D'après V. Ott, la communication d'un hydrosalpinx pourrait également exister avec un kyste parovarien (Al. Galdspohn, Tubo ovarian cysts with interesting cases, *Americ. Journ. of Obstetrics*, 1896).

L'ouverture des kystes dans le *vagin* a été signalée par M. Pierre Delbet (*Des suppurations pelviennes chez la femme*, Paris, G. Steinheil, 1891). Il nous cite deux cas (Barner et Hermann) où des kystes dermoïdes s'ouvrirent dans le vagin, une fois derrière l'utérus, une fois dans la paroi postérieure. Les cas de Bartscher, Jasinski, Salter, Buys, sont rapportés dans la thèse de Duffner. Lefranc (*Étude sur les kystes dermoïdes de l'ovaire*, thèse Nancy, 1886, p. 45) a montré que si le kyste s'ouvre dans le vagin de même que s'il s'ouvre dans le rectum, il peut s'invaginer en s'engageant dans l'orifice fistuleux et finalement être expulsé sous forme de polype.

Quant à l'ouverture dans l'*utérus*, on comprend qu'elle soit rare si on réfléchit à la position de l'utérus dans le bassin et si l'on songe à l'épaisseur de la paroi musculaire, mais elle est possible et M. Bouilly, qui croit en avoir observé un cas véritable, se montre moins absolu que M. Segond qui écrit (*Traité de chirurgie* Duplay et Reclus, t. VIII, p. 642) : « Dans les cas d'hydrosalpinx, de pyosalpinx ou de kystes tubo-ovariens, l'évacuation par la cavité utérine s'explique aisément, mais pour les tumeurs ova-

riennes proprement dites, ce mode d'ouverture *n'est pas réalisable.* »

La rupture dans *la vessie* est exceptionnelle, écrit M. Pozzi (*Traité de gynécologie*, 3e édition, p. 826). Les cas de kystes déhiscents dans la vessie ne sont pas très rares, dit M. Tillaux (*Société de chirurgie*, 8 octobre 1879). Dans un des cas observés par M. Tillaux que nous rapportons (obs. XV), il existait de faibles adhérences à la partie antérieure de la vessie, mais une fusion complète de la paroi postérieure de la vessie et du kyste, au point que l'on fut obligé de laisser une véritable pièce de la paroi du kyste à la paroi postérieure de la vessie. Ces adhérences étaient excessivement vasculaires. La vessie est habituellement distendue et souvent les kystes qui présentent cette complication sont des kystes dermoïdes.

En cas d'*ouverture double*, on peut observer par suite de communications multiples, les lésions les plus variées. La rupture peut alors s'effectuer dans plusieurs organes à la fois. Larrey a vu le kyste perforer à la fois la vessie et les parois abdominales (in Spencer Wells, *loco cit.*, p. 65). Le cas de Greenhalgh (*Lancet*, II, 1870, n° 741, in Schrœder, *loco citato*) est encore plus complexe : grossesse molaire ovarique dans laquelle le kyste communiquait avec le rectum, la vessie, le nombril.

III. — **État du kyste rompu.** — On peut avoir affaire à des kystes *proligères* glandulaires ou papillaires (uniloculaires, multiloculaires, aréolaires), à des kystes *mixtes* à la fois glandulaires et papillaires, à des kystes *dermoïdes*, à des kystes *parovariens* (hyalins, papil-

laires ou dermoïdes, uniloculaires ou multiloculaires).

Les kystes rupturés sont, par ordre de fréquence : les kystes multiloculaires, les kystes dermoïdes, enfin les kystes uniloculaires.

Sur la *face externe* de certains kystes on peut rencontrer des productions papillaires de même nature que celles rencontrées sur le péritoine ou les intestins. Les parois du kystes peuvent être vascularisées et recouvertes de fausses membranes. Olshausen signale le fait où les végétations, au lieu de se disséminer sur la séreuse, se développent surtout sur la partie inférieure du kyste, infiltrent les tissus environnants ; le kyste se trouve ainsi *inclus dans les parties molles du plancher pelvien*, fixé qu'il est aux organes du voisinage, vessie, utérus, rectum.

Les parois kystiques présentent les *lésions* qui ont été favorables à la déchirure (torsion du pédicule, hémorrhagies interstitielles, plaques de sphacèle, processus de dégénérescence ou d'inflammation). Dans les cas de rupture spontanée par excès de tension à l'intérieur du kyste, si l'on fait des coupes histologiques au niveau des bords amincis de l'orifice de rupture, on constate que les trois couches de la paroi kystique (2 couches fibreuses et une couche moyenne cellulo-vasculaire) se confondent en une seule et peuvent même s'atrophier complètement.

Spencer Wells *(loco citato)* ayant pratiqué des coupes histologiques au niveau de plaques jaunes de la paroi d'un kyste constata que la coloration résultait de l'absence de vascularisation, absence qui était due à la congestion des vaisseaux du voisinage qui aboutissent à la rupture et à l'extravasation. Toute la paroi kystique présentait une

belle injection sanguine, c'était seulement au voisinage des plaques qu'on remarquait de l'extravasation.

M. Pozzi signale comme étant très fréquente la dégénérescence graisseuse causée par la thrombose.

Si l'on passe à l'examen de la déchirure, on peut l'observer en un point quelconque de la paroi du kyste, le plus souvent en *arrière* ou en *haut*. Parfois la perforation est *à peine visible*, l'orifice est obstrué par des végétations qui font hernie à travers l'orifice, par des caillots, des cheveux, des masses de contenu colloïde ; il faut la rechercher.

La perforation est *généralement unique*, mais elle peut être multiple.

Si le kyste est multiloculaire, elle peut ne siéger que sur un des kystes.

Si le kyste est uniloculaire (poche principale et petites poches secondaires), elle peut siéger sur une des poches secondaires. Si la perforation est multiple, les divers orifices peuvent siéger sur la même poche ou sur plusieurs poches distinctes.

La *forme* et les *dimensions* sont évidemment variables. On a donné la déchirure *linéaire* comme caractéristique des ruptures traumatiques (thèses Arnal, Duffner). Dans notre observation II, sans qu'il y ait eu traumatisme, « le kyste, dit M. Bouilly, présente à sa partie supérieure une déchirure de la paroi kystique très nette, sans sphacèle de la paroi, semblable à une *incision* ayant environ 5 à 6 centim. d'étendue, dirigée d'avant en arrière ».

La déchirure peut être encore étoilée (Poncet et Lair), en zigzag (Hugo Schmidt), à l'emporte-pièce (Péan, *Leçons de clinique chirurgicale*, 1882) (Bouilly, obs. III : elle

semble avoir succédé à la chute d'une eschare), à bords déchiquetés (obs. V), arrondie (obs. XIX), anguleuse (Moulonguet, obs. XI).

Les *dimensions* de la déchirure ou de la perforation sont variables. Dans certains cas l'ouverture est semblable à celle qu'on ferait avec une aiguille à tricoter (observation de Gaillard Thomas, *Transact of the obstetric. Society of New York*, 7 mai 1878). Dans une observation du Dr Cleemann, l'orifice était semblable à la pointe d'une épingle. Dans notre observation XI, il avait 1 centim. d'étendue. Généralement la déchirure est étoilée et large comme une pièce de 50 centimes (obs. III) et peut admettre l'extrémité d'un porte-plume ordinaire (Lair). Elle peut avoir les dimensions d'une pièce de 2 francs (obs. V) et d'une pièce de 5 francs (obs. IX).

Rappelons, pour terminer ce chapitre d'anatomie pathologique, que parfois on trouve sur les parois des kystes des *points cicatriciels*, traces d'anciennes ruptures qui se sont refermées. On comprend que ces points cicatriciels ne puissent reprendre la résistance des points de la paroi voisins. « Ces cicatrices sont constituées, en effet, par du tissu cellulo-fibreux et à peu près point de fibres élastiques, ne contiennent que peu ou point de vaisseaux et sont par conséquent peu extensibles et douées d'une faible vitalité » (Lair, *loco citato*), p. 20. Ainsi s'expliquent les ruptures successives d'un même kyste qui se font dans le même point ou autour du tissu cicatriciel primitif qui est toujours un peu enflammé.

CHAPITRE IV

Symptomatologie.

Si l'on songe à la variabilité du volume du contenu des kystes, du siège de la rupture, de la nature de la tumeur, des causes de la perforation, de l'étendue de l'orifice, on comprend combien les symptômes de la rupture des kystes de l'ovaire peuvent être très divers et que toutes les ruptures ne se manifestent pas de la même manière. Par exemple, quels points de ressemblance pouvons-nous établir entre la rupture d'un kyste de l'ovaire dans le rectum ou la vessie et une rupture qui se produit dans la grande cavité péritonéale? Le tableau clinique n'est-il pas absolument différent?

Souvent, il peut exister des *prodromes* se traduisant par des douleurs plus ou moins vives, des nausées, des vomissements, des poussées fébriles (Rémy), symptômes prémonitoires de la rupture qui accompagnent l'altération des parois kystiques, la formation des adhérences, l'ulcération des parois contiguës, et qui doivent éveiller l'attention du chirurgien. Ces symptômes généraux sont particulièrement importants au cas de rupture extra-péritonéale.

Dans certains cas le kyste se rompt, c'est la *mort subite* qui survient. « Un matin, dit Spencer Wells *(loco citato)*, la femme, après s'être retournée brusquement dans le lit, s'écria qu'elle venait de sentir quelque chose se rompre

dans elle et mourut presque instantanément. » Dans un autre fait, la malade, après s'être trouvée très bien la veille, au bout de trois heures de sommeil se plaint de grandes douleurs, tousse, tombe sur son dos et meurt subitement (Spencer Wells).

Dans d'autres cas la rupture du kyste va se produire d'une *façon insidieuse* (obs. XI) ou va même passer complètement *inaperçue*. « La rupture spontanée est un accident journalier qui en général passe inaperçu », écrit Schrœder (*Maladies des organes génitaux de la femme*). Hofmeier (*Manuel de gynécologie opératoire*) partage la même opinion.

Entre ces deux modes de rupture intra-péritonéale, évacuation subite du contenu d'un grand kyste par une large déchirure accompagnée de syncope ou de mort presque subite et filtration lente d'une petite quantité d'un liquide inoffensif à travers une *ou plusieurs ouvertures* minuscules, que de *cas intermédiaires?*

§ 1. — **Ruptures intra-péritonéales.**

Pour plus de netteté dans la description clinique des *ruptures intra-péritonéales*, nous les grouperons autour de deux grandes formes :

1° La *rupture à forme d'inondation péritonéale;*

2° La *rupture à forme d'ascite à répétition.*

I. — **Rupture à forme d'inondation péritonéale.** — On se trouve en présence d'un kyste énorme uniloculaire ou pauciloculaire (2 ou 3 grandes loges), la déchirure se fait

brusquement, les adhérences n'empêchent pas le libre écoulement du liquide qui peut se répandre rapidement et partout dans la cavité péritonéale.

Le tableau clinique se rapproche de celui que j'ai été à même d'observer cette année chez une jeune femme du service du Dr Bouilly qui, atteinte d'une grossesse extra-utérine tubaire *récidivée* et *rompue* dans la cavité péritonéale, fut opérée d'urgence par M. Bouglé et en fin de compte guérit. Il se produit dans ces cas de rupture une *véritable inondation péritonéale*, dit M. le Dr Quénu (communication orale, 1901).

Les *symptômes immédiats* consistent en une *douleur* vive dans le ventre, une sensation de déchirure accompagnée de *défaillances* allant depuis un léger étourdissement jusqu'à la syncope mortelle.

Le plus souvent, tout à coup, la femme se trouve mal, se sent baignée d'une sueur froide et n'a que le temps de se jeter sur son lit où elle perd connaissance. Son visage, grippé, exprime l'angoisse, ses lèvres sont décolorées. Au bout de cinq minutes, dix minutes, un quart d'heure elle revient à elle, sent que son ventre est douloureux, diminué de volume (obs. VII). Quelquefois, au lieu de défaillances, on observe des convulsions et des accès hystériques secondaires (Hue, *De la péritonite aiguë compliquant les kystes de l'ovaire*, thèse Paris, 1883).

Les douleurs sont habituellement généralisées à tout l'abdomen, mais on peut observer aussi une douleur localisée qui correspond assez exactement au siège de la perforation.

Ces symptômes peuvent coexister avec des *pertes san-*

glantes liées aux règles ou indépendantes de ces dernières (obs. VII, X). D'autres fois les règles qui devaient avoir lieu font défaut au moment de la rupture (obs. III, VIII, XI).

Quelquefois tous les signes d'une *hémorrhagie interne* se manifestent : cette hémorrhagie intra-péritonéale existe effectivement, la rupture du kyste s'est compliquée d'une lésion vasculaire; on peut observer en pareil cas la péritonite aiguë, la syncope ou la mort subite.

Si le chirurgien passe à l'*examen de la cavité abdominale*, il constate l'existence des signes locaux suivants :

L'inspection montre que le ventre n'a plus la même forme que précédemment, il n'est plus globuleux, il ne pointe plus en avant, il est *aplati* comme le ventre distendu par l'ascite.

Si l'on palpe l'abdomen, les parois du kyste s'étant rétractées l'une contre l'autre vers le pédicule, on ne *sent plus le kyste* (obs. IV, XVIII, XXIII), ou si le kyste est incomplètement vidé « on peut, par la pression, refouler la couche de liquide et arriver facilement sur la tuméfaction sous-jacente, mollasse du kyste » (obs. II).

On trouve maintenant tous les signes d'une *ascite* assez considérable. La sensation de flot dans les flancs devient très nette et toute chiquenaude pratiquée sur le ventre montre une ondulation de la paroi.

La percussion révèle la présence du liquide par la matité qui occupe la région hypogastrique et les flancs. Les intestins occupent la partie médiane et surtout le pourtour de l'ombilic.

Que l'on imprime des changements de position à la

malade, le liquide se déplace, la ligne de niveau se trouve changée.

Il ne faudra jamais négliger de *combiner le toucher vaginal* ou *rectal* (si on a affaire à une vierge) au *palper* abdominal.

Dans nombre de cas il nous permettra de constater la disparition définitive de la tumeur, de sentir si le néoplasme qu'on perçoit encore fait corps ou non avec l'utérus, si ce dernier est dévié. Il permettra enfin de sentir la fluctuation renvoyée de la main abdominale. Ainsi, dans l'obs. III, dit M. Bouilly, « dans le cul-de-sac postéro-latéral gauche on sent une masse haut située, rénitente, se continuant avec une tumeur abdominale globuleuse *qu'on ne pouvait sentir par la palpation seule*, et on arrive à percevoir de la fluctuation ». D'après M. Rémy, le cul-de-sac postérieur déprimé par le kyste reprendrait sa situation et sa profondeur normale. Enfin, d'après Carter (*Lancet*, 1883, I), le *prolapsus utérin* serait un effet de la rupture des kystes de l'ovaire. Il signale à l'appui l'observation d'une femme de 60 ans qui était atteinte d'un kyste de l'ovaire depuis un an. Elle fut prise tout à coup d'une douleur violente accompagnée de prolapsus utérin. La laparotomie fut pratiquée : le péritoine contenait de la substance colloïde épanchée. Guérison.

Tels sont les symptômes *observés immédiatement* après la rupture ; on voit combien ils sont différents de ceux que l'on avait pu constater avant l'accident. Ils ne tardent pas d'ailleurs à se modifier du tout au tout : c'est à ce moment seulement qu'on amène la malade à l'hôpital, que la famille inquiète fait appeler le chirurgien et, empressons-nous de

le dire, que la recherche des signes physiques est devenue particulièrement délicate.

Les *symptômes consécutifs* vont en effet varier avec le degré de septicité, de toxicité du liquide épanché.

A-t-on affaire à un *épanchement très septique*, purulent comme dans l'observation III ? Les symptômes de la *péritonite aiguë généralisée* ne tardent pas à faire leur apparition, apparition souvent beaucoup plus rapide que dans la péritonite aiguë ordinaire. Elle peut se manifester *d'emblée* (Lejars, *Traité de chirurgie d'urgence*, 3e édit., 1901, p. 522). Dans l'observation VII, la malade *cinq à dix minutes* après avoir repris ses sens, éprouve une douleur atroce dans le ventre, voit son ventre se ballonner, a des nausées, mais pas de vomissements encore. Des vomissements bilieux peuvent survenir une heure après la rupture (Demons, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1899).

Sous l'influence de l'irritation péritonéale, le ventre se météorise, se tend, devient de plus en plus douloureux. Toute palpation, toute percussion deviennent impossibles, la malade ne pouvant même plus supporter le poids de ses couvertures. Des frissons surviennent, la respiration, la toux exagèrent les douleurs qui se généralisent à tout l'abdomen. Les vomissements, les nausées deviennent presque incessants. Le pouls est petit, fréquent, filiforme. La température varie de 38 à 40°, le facies est grippé, péritonéal : il y a tendance au refroidissement, la dyspnée devient extrême, le visage se cyanose. Si l'on percute, on trouve de la sonorité partout. La malade succombe au milieu des souffrances généralement au bout de quarante-huit heures, quelquefois même au bout de vingt-quatre ou

douze heures. C'est le tableau clinique des observations III et XIII ; on ne se trouve plus en présence de l'ascite, mais de la *péritonite purulente généralisée*. Il n'y a pas une minute à perdre, la laparotomie d'urgence pratiquée de bonne heure peut seule sauver la vie de la malade. Dans certains cas toutuefois, l'épanchement peut être séquestré par des fausses membranes et former une loge kystique intra-péritonéale (Pozzi) : c'est la *péritonite purulente localisée*. La *Société de chirurgie* a longuement discuté en avril et mai 1897 sur cette forme de péritonite au point de vue de l'intervention. « Je soutiens, disait M. Quénu, que les péritonites que l'on croit généralisées sont seulement très étendues ; elles ont beau s'étendre du plancher pelvien au diaphragme, elles ne sont pas généralisées en ce sens que les anses intestinales sont agglutinées et que de la sorte elles se défendent contre l'infection en *s'enkystant* pour ainsi dire. »

Au contraire, la séreuse péritonéale se trouve-t-elle mise en contact avec un *liquide aseptique* ou *très peu septique*, avec un liquide dénué de toxicité ou présentant une toxicité insignifiante, les symptômes consécutifs vont se montrer complètement différents. Dans certains cas ils se montreront insignifiants. Ainsi, dans les observations XX, XVIII, XIX, qui ont trait à des kystes parovariens guéris sans opération et dans l'observation XVII où le diagnostic fut confirmé par la laparotomie, sans fièvre, sans vomissements, sans aucune espèce de réaction péritonéale, l'ascite se résorba totalement. Dans l'observation XX, on a pu suivre la malade pendant deux années : la guérison s'est maintenue.

Dans d'autres cas plus fréquents les symptômes consécutifs seront plus accentués. La malade sera obligée de garder le lit pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines (obs. IV), la douleur abdominale sera plus persistante, il existera un ballonnement du ventre qui pourra gêner l'exploration, des nausées, parfois des vomissements et une *petite élévation de température* (38°, 38°,5, obs. II). Il existe dans ces circonstances incontestablement un certain degré de septicité du liquide épanché dans le péritoine. MM. Demons, Auché, Chavannaz ont observé plusieurs jours après la rupture du kyste un *abaissement de température* variant entre 36° et 36°,5. D'après MM. Auché et Chavannaz, il ne se produirait pas dans ces cas de péritonite (*Gazette des hôpitaux de Toulouse*, 21 octobre 1899, n° 42).

Qu'il existe un degré plus ou moins prononcé d'inflammation péritonéale, que le péritoine soit intact, peu importe ; cette ascite ainsi constituée va disparaître peu à peu, en un mot *se résorber*. Nous allons voir, en étudiant la rupture à forme d'ascite à répétition ; comment l'élimination du liquide va s'effectuer.

II. — **Rupture à forme d'ascite à répétition**. — On se trouve en présence de tumeurs polykystiques, multiloculaires, aréolaires, présentant ou non des végétations extérieures. Ce n'est plus le tableau clinique dramatique de tout à l'heure avec son début rapide, aigu, violent. Tout à coup, par une large déchirure, le contenu du kyste ne va pas inonder la cavité péritonéale : nous avons affaire ici à des poches moyennes ou petites qui se perforent : insidieusement, plus ou moins sournoisement, à intervalles

plus ou moins rapprochés, la sérosité va s'épancher dans le péritoine : il y aura peu ou pas de symptômes immédiats, peu de réaction péritonéale, mais peu de temps après, quelques jours après, l'ascite va traduire sa présence par des signes indéniables. En un mot, ce n'est plus la péritonite qui va dominer la scène comme tout à l'heure, c'est l'ascite, et nous dirons avec M. Quénu (communication orale), l'*ascite à répétition*.

Pour bien comprendre ce qui se passe en clinique en pareil cas, ayons recours un peu à l'anatomie pathologique. M. Quénu (De l'ascite dans les tumeurs abdominales, *Revue de chirurgie*, 1886, p. 265), s'appuyant sur la fréquence de l'ascite en cas de tumeurs polykystiques, sur ce fait que dans les statistiques d'ovariotomies publiées par M. le professeur Terrier dans la *Revue de chirurgie*, dans les 12 cas où l'épanchement péritonéal avait été constaté, on avait affaire à une tumeur polykystique offrant des *végétations extérieures*, déclare ce fait clinique certain, mais non absolu : l'ascite liée à la présence des kystes de l'ovaire ne se développe en général que si la paroi de ceux-ci est recouverte de végétations externes. Ces végétations, nous le savons, ne sont que des productions glandulaires ; comme les végétations intra-kystiques, elles sont formées par de véritables tubes épithéliaux. M. Quénu incrimine non pas les végétations elles-mêmes, comme M. Terrier (*Revue de chirurgie*, 1886, p. 169 et *Revue de chirurgie*, 1889, p. 805) qui invoque, ainsi que son élève Gundelach (*De l'ascite symptomatique des tumeurs ovariques*, thèse Paris, 1887), l'irritation péritonéale pour expliquer l'ascite, mais le produit de sécrétion des glandes. Ces

végétations pseudo-glandes sécrètent. Il n'y a pas de raison, dit judicieusement M. Quénu, « pour admettre que ces formations épithéliales sécrètent quand elles sont à l'intérieur des kystes et qu'elles ne sécrètent pas quand elles sont à la surface externe ». Dans ce groupe de tumeurs, « l'ascite résulterait donc de l'épanchement continuel dans le péritoine de la substance colloïde produite par les végétations, ou peut être produite dans certains kystes sans végétations par une surface externe riche en formations tubulaires. » Cette substance colloïde provoquerait dans le péritoine des phénomènes d'osmose remarquables auxquels est due l'augmentation croissante de la sécrétion péritonéale. M. Quénu, poursuivant ses recherches, étend ce mécanisme aux tumeurs polykystiques aréolaires *sans végétations extérieures*. N'est-il pas fréquent dans les nombreuses laparotomies pratiquées dans les services de gynécologie pour kystes de l'ovaire, de voir la paroi de certaines loges du néoplasme si mince et si friable qu'elle se déchire au moindre contact, malgré toutes les précautions que puisse prendre la main du chirurgien, afin d'éviter l'effusion de leur contenu dans la séreuse ? Ne voit-on pas dans certains cas une pression très légère en un point amener des perforations de loges dans un point plus éloigné? Il se fait ainsi spontanément, pour les tumeurs polykystiques, des *perforations incessantes* de petits kystes superficiels, des ruptures de petites poches kystiques qui déversent leur produit de sécrétion dans le péritoine et provoquent ainsi, du côté de la séreuse, une sorte d'inflammation chronique qui devient à son tour l'origine de l'ascite concomitante.

Par cette théorie s'expliquent la différence qui existe entre le liquide ascitique ordinaire et l'épanchement péritonéal consécutif à la rupture des poches kystiques, la présence dans le liquide kystique épanché des éléments cellulaires qu'on a prétendu caractéristiques, enfin la ressemblance qu'on constate entre le contenu des poches kystiques et le contenu de la cavité péritonéale. « Il ne peut être question de la paralbumine, dit M. Quénu ; outre que cette substance n'a jamais été isolée à l'état de pureté, il est probable que son mélange à un liquide séreux doit la modifier, la preuve en est que dans ces conditions sa résistance à la filtration diminue. »

Terrillon (*Bulletins de la Société de chirurgie*, 1885, p. 751), dans un cas d'ascite produite par un kyste sans végétations extérieures, prétend que dans ces cas le péritoine joue un rôle très secondaire dans la genèse du liquide ; la vraie membrane sécrétante est la paroi de la tumeur, puisque celle-ci enlevée, l'épanchement peut ne pas se produire.

Si M. Gundelach objecte dans sa thèse que « le sang liquide fortement albumineux est peu dialysable en général à moins d'altérations spéciales », M. Terrier lui-même n'écrit-il pas que la cause exacte de l'hypersécrétion péritonéale n'est pas toujours facile à déterminer ? « En résumé, si l'ascite est souvent un symptôme de dégénérescence épithéliale du péritoine ou de l'épiploon, dans la moitié des cas elle est d'un pronostic beaucoup moins sérieux et peut être inflammatoire ou simplement due à une hypersécrétion du péritoine dont la cause exacte n'est pas toujours facile à déterminer » (F. Terrier, *Revue de*

chirurgie, 1889, p. 805, Remarques cliniques sur une septième série de 25 ovariotomies). M. Terrier n'a-t-il pas constaté de visu les cicatrices consécutives à la rupture des alvéoles kystiques ? A propos d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche qui pesait 2,450 gr., accompagné d'une ascite assez considérable (12 litres), qui avait été ponctionné jusqu'à neuf fois (obs. 137), il écrit : « Ce kyste, formé de deux poches principales et de plusieurs gâteaux polykystiques, offrait à sa surface des rugosités et des *cicatrices* dues probablement à la rupture d'alvéoles kystiques, ce qui peut expliquer l'ascite, comme l'a bien montré mon collègue et ami Quénu » (Remarques cliniques sur une sixième série de 25 ovariotomies, *Revue de chirurgie*, 1888, p. 968).

La théorie de M. Quénu est séduisante : elle répond à des faits cliniques certains, elle trouve sa confirmation dans l'examen macroscopique des pièces enlevées par ovariotomie, dans l'examen histologique des végétations aussi bien intra qu'extra-kystiques.

Le microscope ne nous décèle-t-il pas dans ce dernier cas même stroma embryonnaire et surtout même revêtement de cellules cylindriques et de cellules caliciformes ? Ces petits enfoncements tapissés d'épithélium compris entre deux végétations voisines ne constituent-ils pas ainsi de véritables glandes à mucus ne demandant qu'à sécréter ?

Dans l'observation V, la rupture siégeait tout à fait à gauche, au niveau de la poche la plus amincie du kyste multiloculaire; en prenant la pièce en main on peut se rendre compte de la friabilité des autres loges qui ren-

ferment chacune un liquide différent. Dans l'observation IX, toutes les cavités très multipliées de la tumeur à parois minces contenaient une substance gélatineuse analogue à celle qui était épanchée dans le ventre. Dans l'observation I, le kyste affaissé, présente de larges placards teinte feuille morte, qui se dessinent sur sa surface externe; à l'intérieur du kyste rompu on trouve des caillots anciens et récents, des végétations de volume variable couvrent la face interne de sa surface et font plus ou moins saillie dans la cavité. De même dans l'observation XI, la perforation spontanée est due à une érosion produite par une des végétations papillaires intra-kystiques. « Ces kystes à contenu papillaire sont particulièrement sujets à se rompre à plusieurs reprises, écrit Greig Smith *(Chirurgie abdominale)*; il n'y a pas grand danger immédiat parce que le libre écoulement du liquide est entravé par les villosités qui viennent tamponner la déchirure, mais les dangers consécutifs sont considérables en raison de la possibilité d'infection du péritoine. »

Cliniquement parlant, c'est dans ces cas qu'*insidieusement* le ventre se met à grossir souvent sans aucune espèce de douleur (obs. I, XI, XXIII), bien que la femme soit enceinte (obs. XI), ou avec des douleurs abdominales faisant éprouver à la malade une sensation spéciale difficile à analyser (obs. VI). Ces phénomènes surviennent spontanément ou à l'occasion d'un mouvement, d'un léger effort, d'un voyage en voiture mal suspendue (obs. VI). Puis l'abdomen diminue, il y a une débâcle urinaire, tout rentre dans l'ordre, la malade est enchantée de son état de santé.

Au bout d'un temps variable, deux mois, trois mois (obs. I, VI), l'abdomen augmente de nouveau de volume. La malade s'alarme à juste titre, se croit enceinte, fait d'autant plus supposable qu'il peut y avoir arrêt des règles ; elle consulte. On constate la présence d'une ascite et non d'une grossesse. Cette ascite présente tous les signes physiques habituels. Cependant, dans l'observation V, elle affectait une disposition un peu spéciale : il existait une *matité mobile* dans les deux flancs et une *matité fixe* péri-ombilicale descendant jusqu'au pubis (adhérence du grand épiploon en nappe à la partie antérieure du kyste). Entre les deux matités on trouvait une sonorité intermédiaire.

Si le kyste est multiloculaire, on peut observer également des signes un peu spéciaux, la tumeur ne se vide pas complètement, ne disparaît pas comme un kyste uniloculaire. Les régions voisines conservent leur forme, mais l'endroit de la paroi abdominale correspondant à la poche rompue est affaissé. D'où l'aspect *irrégulier* que présente la paroi abdominale antérieure. De plus, la percussion décèle de la sonorité au point où les anses intestinales se sont interposées entre la paroi abdominale et la loge vidée. Les végétations se développant, la sécrétion de ces dernières augmente ou les perforations des poches kystiques se renouvellent, l'ascite augmente de plus en plus, la dyspnée devient intense ; on est obligé de pratiquer la ponction abdominale. La malade de l'observation I fut ainsi ponctionnée à trois reprises différentes ; il y eut évacuation d'une grande quantité de liquide sanguinolent ; en fin de compte, M. Bouilly dut pratiquer l'ovariotomie. Sans

souffrir à proprement parler, la femme maigrit, perd ses forces. Quelquefois on constate un peu d'élévation de température : 38°, 38°,4 (obs. XXIII), signe de réaction péritonéale et de résorption septique.

Ces mêmes symptômes peuvent se répéter un certain nombre de fois; il y a alternative d'augmentation et de diminution de volume du ventre. Reuss a assisté ainsi à la dix-septième rupture d'un même kyste. Dans l'une des observations de M. le professeur Tillaux (*Bulletin général de thérapeut. méd. et chir.*, 1873, p. 263), le kyste s'était rompu une quinzaine de fois. Dans nos observations X et VI, on put assister à la quatrième évolution de ces phénomènes morbides.

Tantôt tous ces symptômes deviennent de moins en moins graves, l'ascite se résorbe et finit par disparaître, tantôt ils deviennent de plus en plus alarmants et une seconde ou troisième rupture entraîne quelquefois la mort.

Que la rupture spontanée du kyste se produise sous forme d'inondation péritonéale ou d'ascite à répétition, très souvent le liquide épanché dans le péritoine enflammé ou intact se résorbe, disparaît. Par quel mécanisme *cette élimination* se fait-elle ?

Si nous consultons nos observations IV, V, VI, X, XVIII, nous voyons que dans les deux ou trois jours qui suivent la rupture, les malades *urinent* d'une façon absolument inusitée ; le plus souvent, en effet, le liquide résorbé est éliminé par la voie rénale.

D'après Wins (obs. XVIII), à la suite de la rupture d'un kyste parovarien hyalin,

Dans les	premières	24 heures	qui suivirent	la rupture	il y eut 8 litres	urine.
—	deuxièmes	—	—	—	7	—
—	troisièmes	—	—	—	6 l. 1/2	—
—	quatrièmes	—	—	—	4 l. 1/2	—
—	cinquièmes	—	—	—	3 litres	—

Cette urine était claire, alcaline, ne renfermait ni albumine ni sucre, contenait peu d'urée mais était très riche en sels minéraux.

Si la poche est uniloculaire ou ne renferme que peu de lacunes, la rupture peut donner lieu à une sorte de guérison, car dit Martin *(Traité clinique des maladies des femmes*, traduction Varnier et Weiss, p. 562), « le liquide évacué est presque toujours résorbé par le péritoine avec une promptitude étonnante. J'ai vu un cas où la rupture avait eu lieu très tard dans la soirée et où il n'y avait plus trace de l'épanchement le lendemain matin ». Habituellement les phénomènes diurétiques commencent vingt-quatre heures après la rupture et durent cinq à six jours. S'il y a des phénomènes de réaction péritonéale, l'évacuation d'urine n'a lieu que si ces derniers s'atténuent ou disparaissent.

Ces *débâcles urinaires* peuvent se renouveler à chaque rupture si on a affaire à des ruptures successives et être accompagnées de *pertes utérines* abondantes comme dans l'observation X.

MM. Boinet et Ferrand *(Dict. Dechambre)* ayant observé à Ivry (Hospice des Incurables) une femme chez laquelle la compression des uretères se manifestait par de l'anurie progressive chaque fois que le kyste était plein, attribuent la diurèse à ce que les uretères comprimés par

le kyste reprennent leur calibre normal après la rupture.

Mais la voie rénale n'est pas la seule voie d'élimination du liquide épanché.

Dans certains cas on a noté une *diarrhée profuse*. Dans l'observation IX, bien que la laparotomie n'ait montré aucune communication du kyste avec le rectum, « un jour qu'elle faisait dans les champs un travail pénible, cette femme ressent tout à coup des coliques très violentes brusquement suivies de l'évacuation par le rectum d'une abondante masse d'un liquide que la malade compare comme qualité et quantité aux eaux de l'amnios ». Dans l'observation VI, des *sueurs* abondantes coexistent avec de la polyurie.

MM. Rémy et Hue ont signalé une *salivation* exagérée. L'*anasarque* a également été observée.

Dans l'observation I, on observe de l'œdème périmalléolaire et un peu d'infiltration à la partie supérieure de la face interne des cuisses.

Un signe plus curieux observé par Kustner est la *peptonurie* (Wasermann, thèse Paris, 1885). Après la rupture du kyste, l'urine de la malade pourrait présenter la réaction des peptones.

Enfin, d'après Boinet et Ferrand (DD) et Kœberlé (DJ), l'*ictère hémaphéique* serait un signe de rupture : « une teinte jaune se répand sur le visage avec la pâleur et l'anxiété » (DD).

§ 2. — **Rupture extra-péritonéale.**

La symptomatologie est tout autre si la rupture du kyste est *suivie* **de son évacuation dans une cavité viscérale.**

La rupture est précédée de douleurs dues aux adhérences et aux ulcérations des parois contiguës ; « au moment où elle se produit, des *douleurs poignantes* éclatent dans le bas-ventre » (Nepveu). « Les douleurs prémonitoires durent en général de quatre à cinq jours, mais elles ont duré jusqu'à une trentaine de jours » (Rickards).

La constatation directe de l'*écoulement* s'ajoute à l'*affaissement* du kyste pour renseigner le chirurgien. Le symptôme capital de la rupture extra-péritonéale, c'est l'*écoulement du contenu :* « il peut être si brusque qu'on a observé la syncope » (thèse Mme Waite). On comprend que le liquide qui s'écoule soit excessivement variable selon les cas (purulent, colloïde, gélatineux, pus mélangé de cheveux, d'os ou de dents, enfin séreux). Immédiatement après l'évacuation du contenu kystique, et quelquefois à un intervalle un peu plus éloigné, le ventre *s'affaisse*, le kyste peut alors disparaître complètement, souvent il reste une partie du kyste perceptible au palper. Si un *trajet fistuleux* se constitue, l'évacuation devient incomplète, l'écoulement se prolonge continu ou intermittent, la fièvre apparaît d'intervalle en intervalle, la malade maigrit et se cachectise et trop souvent elle succombe soit à ces suppurations interminables, soit à la septicémie.

a) « L'évacuation soit par les vomissements, soit par les selles d'un liquide séreux, séro-albumineux, coloré par du sang altéré » peut être, suivant M. Terrier, le signe pathognomonique de l'ouverture du kyste dans le *tube digestif* (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1877, p. 830). Souvent l'évacuation par les selles n'est qu'intermittente. Dans tous les cas il y a une *diarrhée intense.*

Au moment de la perforation il existe une véritable débâcle, mais il y a contraction du sphincter anal, le contenu du kyste qui continue à s'écouler dans l'intestin se trouve retenu par ce dernier.

M. Terrier fait également observer qu'il y a émission de gaz par l'anus présentant une odeur fétide repoussante. Si la perforation est *bas située*, on peut parfois la sentir par le toucher rectal qu'il ne faut pas négliger. Souvent les kystes qui se rompent dans le rectum sont des kystes dermoïdes : alors à chaque garde-robe des cheveux, une petite touffe de poils, des débris de membranes dermoïdes avec leurs parties calcaires sortent par l'orifice anal et résistent à tous les efforts de traction de la malade et du médecin (obs. XVI).

Si l'orifice de rupture est *haut placé*, le contenu du kyste se trouve mélangé plus ou moins intimement aux matières fécales.

Dans l'observation XIV où un kyste dermoïde de l'ovaire se rompt dans le côlon transverse pendant un voyage en chemin de fer, la malade est prise, en arrivant à Paris, « de vomissements verdâtres et de diarrhée incoercible ; on examine ses matières, on s'aperçoit qu'elles sont constituées par un liquide grisâtre puriforme, infect, contenant des cheveux en quantité considérable ». Quand les malades *vomissent*, le liquide évacué par la bouche peut être analogue au liquide évacué par les ponctions ou les selles (Terrier, *Revue mensuelle de méd. et de chir.*, 1877 et Churchill, *Traité pratique des maladies des femmes*). Il est facile de comprendre que si on n'intervient pas chirurgicalement, ces liquides ou ce contenu demi-solide des

kystes dermoïdes vont irriter pas leur passage incessant la muqueuse intestinale et provoquer ainsi des phénomènes d'entérite plus ou moins prononcée.

b) Si le kyste s'*ouvre à l'extérieur*, nous avons vu que cette ouverture pouvait se faire sur tous les points de la paroi abdominale, mais surtout au point le plus faible, l'*ombilic*. Tel était le cas de cette femme de 62 ans atteinte d'un kyste volumineux de l'ovaire qu'a pu observer notre maître, M. Lucas-Championnière (communication orale du 20 mars). A trois reprises différentes ce kyste déversa son trop plein par l'orifice ombilical : la peau de cette région se modifiait, devenait rouge, acuminée, puis se rompait. On voyait sourdre par l'orifice le liquide qui, s'écoulant pendant plusieurs jours d'une façon à peu près continue, irritait un peu les régions voisines, d'où la sensation de brûlure accusée par la malade ; ce liquide inondait tellement le lit qu'on était obligé de placer sous le bandage de corps une série de compresses et de nombreux imperméables.

c) L'ouverture du kyste dans les *voies génitales* peut se faire : soit par le *vagin* (Grognot, *Quelques considérations sur la rupture des kystes de l'ovaire par ouverture dans le vagin et par perforation de la paroi abdominale*, thèse Paris, 1877) ; l'écoulement est généralement continu ; une petite hémorrhagie peut suivre l'évacuation du contenu. On ne devra négliger aucun moyen d'exploration (toucher vaginal, spéculum, stylet dans le trajet) en pareille circonstance.

Soit par la *trompe*, après formation de kystes tubovariens profluents. L'évacuation est alors parfois intermittente (Pozzi, *loco citato)*.

L'examen au spéculum nous fait constater l'issue du liquide par l'orifice du col utérin.

d) L'ouverture dans la *vessie* (obs. XV et Courrent, Kyste de l'ovaire droit, ouverture accidentelle dans la vessie, *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Montpellier*, 1888, t. X, p. 160) s'accompagne tout à coup d'un besoin pressant d'uriner ou de vives douleurs au niveau de la région vésicale, douleurs accompagnées de ténesme et souvent de rétention d'urine (Marshall).

Le ténesme vésical s'observerait surtout quand des corps solides ont pénétré dans la vessie ou quand il y a engagement de la tumeur elle-même (Schrœder, *loco citato)*. Cette complication des kystes a été étudiée par M. Perrimond sous le nom de *fistules tubo-vésicales* (E. Perrimond, *Des abcès pelviens spontanément ouverts dans la vessie chez la femme « fistules tubo-vésicales » et en particulier de leur traitement*, thèse de Lyon, 1897). Éliminant l'appendicite et les abcès par congestion, il décrit sous le nom de fistule tubo-vésicale « toute perforation de la vessie produite chez la femme par un abcès du petit bassin, par conséquent le kyste dermoïde suppuré ». Il insiste sur la guérison spontanée exceptionnelle de ces perforations et sur la pyélonéphrite, la péritonite, les phénomènes hectiques qui s'emparent de la malade si on n'intervient pas. En pareil cas les urines sont boueuses, purulentes ; on y retrouve des cheveux *(pilimiction)*, des graviers, des calculs ; on peut observer aussi l'hématurie (Lefranc, *Étude sur les kystes dermoïdes de l'ovaire*, thèse Nancy, 1886).

Dans ces cas de rupture dans la vessie on ne négligera encore une fois aucun moyen d'exploration. On sondera ou

on fera sonder la vessie pendant qu'on pratiquera le toucher vaginal soit seul, soit combiné au palper abdominal. D'après Breisky, on peut quelquefois pénétrer dans le kyste par l'orifice de communication. La dilatation rapide de l'urèthre sous le chloroforme permettra d'aborder la cavité vésicale et de l'explorer avec le doigt. L'endoscopie ou éclairage de la vessie pourra donner des renseignements précieux sur la lésion intra-vésicale et son siège.

L'observation XV nous montre enfin que la déhiscence d'un kyste de l'ovaire peut se faire spontanément à plusieurs reprises dans la vessie.

CHAPITRE V

Diagnostic et complications.

Le diagnostic de la rupture spontanée des kystes de l'ovaire doit être fait dans deux circonstances différentes :

1° Lorsque le contenu du kyste s'est déversé dans un organe viscéral (rupture extra-péritonéale).

2° Lorsque le contenu du kyste s'est déversé dans la cavité péritonéale (rupture intra-péritonéale).

Il est évident que la connaissance préalable de la présence du kyste facilitera singulièrement le diagnostic dans les deux cas.

§ 1. — La rupture est extra-péritonéale.

C'est dans ces conditions que le diagnostic de la rupture est habituellement le plus facile. On sait la femme atteinte de kyste ovarique. En même temps que l'abdomen diminue de volume, on constate un écoulement anormal de liquide soit par la paroi, soit par un organe. Il n'y a pas de doute à avoir, on se trouve bien en présence d'une rupture kystique.

Dans d'autres cas le diagnostic est beaucoup plus complexe : on n'a pas de renseignements précis sur l'évolution de la maladie, on ne sent pas nettement la tumeur

au palper bimanuel, il existe depuis longtemps un trajet fistuleux établissant la communication avec les organes. L'examen du liquide évacué a alors une grande importance. Très souvent ce sont les kystes dermoïdes qui évacuent leur *contenu par le tube digestif :* il sort par la fistule de la graisse, des cheveux, des débris de membranes dermoïdes ; le diagnostic n'est pas difficile, il en est de même si on voit s'écouler un liquide gélatineux, colloïde.

Le liquide évacué est-il purulent ou séreux ? N'a-t-on pas affaire à la *rupture d'une collection enkystée de l'abdomen?* Le diagnostic peut devenir très difficile, il faut éliminer successivement toutes les causes de suppurations pelviennes. La fistule peut être consécutive à la rupture d'un pyosalpinx, d'un abcès pelvien, d'un phlegmon du ligament large, d'une ovarite suppurée (Bouilly). On a même signalé l'ouverture de pyosalpinx et d'abcès pelviens dans la vessie (Reverdin, *Bull. et Mémoires de la Société de chirurgie*, 1888, p. 1016). Les commémoratifs, l'importance de l'état puerpéral, le développement de l'abcès peu après l'accouchement ou l'avortement, une opération septique pratiquée sur l'utérus (Delbet) sont autant de conditions qui éclairent le diagnostic. Si l'orifice de rupture intestinale est haut situé, le liquide kystique sortira intimement mélangé aux matières fécales. Si l'orifice est bas situé, l'écoulement du liquide alternera avec les selles (rôle du sphincter anal).

Quand il s'agit d'une *perforation du kyste dans le vagin*, il faudra éliminer toutes les fistules urinaires (vésico-vaginales, urétéro-vaginales, urétéro-vésico-vaginales ; examen au spéculum, toucher combiné au cathétérisme, injection

colorée ou de lait dans la vessie préalablement vidée) et les fistules recto-vaginales.

L'excavation du liquide par la *trompe*, au cas de kystes tubo-ovariens profluents, se reconnaîtra à son écoulement généralement séreux et intermittent et par l'examen au spéculum ; le liquide s'écoule par l'orifice du col. On éliminera les fistules urinaires cervico-vaginale, urétéro-utérine et urétéro-vésico-utérine. L'écoulement subit d'une certaine quantité de liquide séreux, hématique, purulent survenant dans les *salpingites profluentes* à intervalles plus ou moins réguliers sera difficilement distingué des kystes tubo-ovariens de Richard qui, n'incommodant généralement pas la malade, ne l'invitent pas à réclamer une opération.

Le kyste ovarien s'est-il rompu dans *la vessie?* le cas peut devenir très complexe. Si l'urine est purulente, toutes les suppurations pelviennes d'origine génitale, tous les abcès du petit bassin peuvent perforer la vessie spontanément (fistules tubo-vésicales de Perrimond, *loco citato)*. Nous avons vu que souvent on a affaire à un kyste dermoïde suppuré, ce qui facilite le diagnostic. Si le liquide est séreux, on peut se demander si la communication est bien directe entre la vessie et le kyste. En effet, dans le cas où la malade urine abondamment dans les heures qui suivent la rupture intra-péritonéale, on pourrait croire que la rupture s'est effectuée dans la vessie. Mais si le kyste s'est ouvert dans la vessie, il sort aussitôt ou presque aussitôt par l'urèthre de grandes quantités de liquide analogue à celui que contenait la tumeur; au contraire, au cas de rupture intra-péritonéale, on a affaire à de la polyurie qui ne se

manifeste guère avant vingt-quatre heures ou deux jours.

Si le kyste s'ouvre à *la paroi abdominale*, les gaz intestinaux ou l'air peuvent y pénétrer et vont en occuper la partie supérieure. Le même fait s'observe au cas d'ouverture du kyste dans l'intestin ou dans le vagin. Toute la région épigastrique devient sonore, la matité observée antérieurement au même point a disparu. M. Terrier (*Revue mens. de méd. et de ch.*, 1877, p. 830) fait observer que ce symptôme peut faciliter le diagnostic, surtout quand l'orifice de la rupture intestinale siège loin du rectum.

§ 2. — **La rupture est intra-péritonéale.**

On peut être appelé auprès de la malade dans deux circonstances différentes :

α) Il y a eu *rupture d'un gros kyste :* les accidents consécutifs rappellent ceux de la *péritonite*.

Si on connaît les antécédents pathologiques de la malade, si l'entourage vous apprend que la tumeur a subitement disparu, que le ballonnement du ventre a été précédé de son affaissement, ces renseignements seront pour vous d'une grande valeur et devront vous faire penser à la rupture kystique, car le plus souvent l'examen de la malade est alors très difficile.

Dans ces conditions, le diagnostic se fera :

1° Avec les *autres accidents du kyste;*

2° Avec les *autres tumeurs abdominales*.

1° Les **divers accidents du kyste** devront être successivement éliminés.

La *torsion du pédicule* des kystes de l'ovaire sera facilement confondue avec la rupture. Dans les deux cas nous observons de la douleur, des vomissements, du choc, de la péritonite. Mais dans la torsion la tumeur ne diminue pas, elle se tend au contraire, ses contours deviennent plus nets, dans la rupture il y a affaissement du kyste et les contours en sont de plus en plus vagues. « Ce signe différentiel, dit Baron *(loco citato)*, a une grande valeur s'il peut être perçu. » De plus, s'il se produit une rupture, presque toujours il y a apparition de phénomènes de péritonite aiguë, ce qui s'observe plus rarement dans la torsion (forme grave, foudroyante). Enfin, dans ce dernier cas (MoULS, *loco citato)*, on trouve un bruit de souffle manifeste au niveau du pédicule et un choc systolique qui se communique à toute la tumeur et lui imprime des ondulations. La torsion peut d'ailleurs être *suivie de rupture* (obs. VII). « On a dans ce cas le tableau de la péritonite suraiguë qui est fait pour éloigner l'idée de kyste de l'ovaire, si on ignore son existence. Ces accidents sont justiciables de laparotomie hâtive » (Baron).

L'*apoplexie ovarienne* a quelques symptômes communs avec la rupture (douleur, ballonnement du ventre, vomissements, pouls petit et rapide). Disons de suite qu'elle est rare : de plus, l'hémorrhagie qui se produit dans les kystes sanguins ménorrhagiques occasionne une douleur survenant au moment des règles : les mêmes symptômes se répètent à chaque période menstruelle.

De même les kystes *de l'ovaire intra-ligamenteux* peuvent être sujets à des hémorrhagies avec réaction péritonéale simulant la rupture (Cocquelet, *Sur un cas de*

complication du ligament large, thèse de Paris, 1897, et Finaz, thèse de Lyon, 1898). Le diagnostic, *de même que dans l'étranglement d'un kyste par une bride fibreuse*, sera souvent impossible : au reste, la laparotomie est le seul traitement applicable à tous ces cas. On ne se laissera pas imposer enfin par une *suppuration intra-kystique non rompue*, surtout « si la tumeur kystique a été méconnue et n'a pas été constatée avant le développement des accidents ». Souvent au cours des accidents généraux et fébriles il y a accroissement rapide de la tumeur, la tuméfaction augmente et la fluctuation devient plus nette, plus superficielle. La recherche d'ailleurs facile des signes physiques trancherait le diagnostic.

2° **D'autres tumeurs abodminales** peuvent simuler un kyste rompu.

La *grossesse extra-utérine rompue* (hématocèle à forme péritonitique) peut simuler la rupture à forme d'inondation péritonéale (De Vlaccos, Kyste de l'ovaire simulant une grossesse ectopique rompue. Laparotomie. Mort, *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, 1900, t. XXVI, 1). A la suite d'une fatigue, d'un coït, une femme en pleine santé ressent tout à coup des douleurs extrêmement violentes dans le bas-ventre s'irradiant dans les cuisses, les lombes, le rectum. Des nausées, des vomissements apparaissent, le ventre se ballonne, le pouls devient fréquent, petit, filiforme, la malade a des syncopes, le facies prend un aspect grippé et péritonéal, les muqueuses se décolorent. Si on ne fait pas une laparotomie hâtive, la malade est emportée ; si heureusement l'hémorrhagie s'arrête, l'hématocèle est

constituée. Mais dans le kyste rompu, les *accidents de péritonite l'emportent* sur les accidents hémorrhagiques. Les troubles de la menstruation sont plus accentués en cas de grossesse extra-utérine. Il y a des signes de grossesse, les règles ont été irrégulières ou se sont suspendues depuis un certain temps. Au milieu de l'intensité des accidents généraux passe inaperçu un signe sur lequel M. Bouilly a attiré maintes fois notre attention et auquel il attachait la plus grande importance : c'est, dès le début de la rupture tubaire, l'*apparition d'une métrorrhagie* peu abondante constituée d'abord par du sang rouge, puis se continuant les jours suivants et quelquefois des semaines même sous la forme de *pertes de sang noirâtres* ou brunâtres, couleur suie ou chocolat.

Dans d'autres cas, la femme se croit bien enceinte, quand tout à coup de violentes douleurs se déclarent dans le bas-ventre, elle perd connaissance, tombe en syncope. Les phénomènes *utérins* vont ici dominer la scène : de véritables coliques utérines accompagnant la métrorrhagie surviennent; la sage-femme et même le médecin, persuadés que la malade fait une fausse couche, prennent pour l'œuf ou le placenta la fausse caduque, la membrane de la grossesse tubaire expulsée en pareille circonstance.

Qu'on fasse dans ces deux formes d'hématocèle le toucher avec précision, on évitera l'erreur : on trouvera le col utérin mou, entr'ouvert, et on distinguera, à côté du corps utérin hypertrophié, globuleux comme un utérus gravide de 2 à 3 mois, la trompe contenant un fœtus refoulant l'utérus à droite ou à gauche, envahissant le Douglas et présentant cette consistance spéciale qu'il faut

avoir sentie pour bien s'en rendre compte. Aussi, en cas de doute, toutes les fois que nous nous trouverons en présence d'une femme jeune présentant de tels symptômes, pensons de suite à la grossesse extra-utérine : ce n'est qu'après l'avoir éliminée que nous chercherons à avoir un autre diagnostic.

Une *salpingite purulente kystique rompue* se rapproche par sa gravité de la rupture de la grossesse tubaire. Nous savons que ces pyosalpinx peuvent acquérir un volume considérable. Tel ce cas rapporté et figuré dans les *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, 18 janvier 1888, par M. Lucas-Championnière, où la tumeur, en forme de cornemuse, contenait 1,200 gr. de pus. Dans ce cas, le passé génital de la femme, l'évolution douloureuse de la salpingite, les rapports avec l'utérus, l'empâtement des organes autour de la tumeur aideront à établir le diagnostic. D'ailleurs, si les accidents consécutifs en cas de rupture d'un hydro ou d'un hématosalpinx sont habituellement légers, ils peuvent être « formidables, foudroyants » (Pozzi), si un pyosalpinx se rompt dans le péritoine. Ces faits ont leur importance au point de vue médico-légal et peuvent expliquer ces morts rapides survenant chez des femmes « dont la santé était en apparence à peine ébranlée ». A rapprocher du pyosalpinx rompu, MM. Gosset et Mouchotte (*Annales de gynécologie*, 1900, p. 513) ont signalé un cas de péritonite mortelle par l'irruption dans le péritoine à travers l'*ostium abdominale demeuré perméable* (au lieu d'être oblitéré comme c'est la règle), du contenu d'une salpingite suppurée chez une femme enceinte de 3 mois.

Les *accidents aigus dus à la torsion des pédicules* pourraient prêter à erreur. On observe en effet dans ces cas une douleur aiguë et soudaine accompagnée d'accidents revêtant les allures soit d'une hémorrhagie continue et grave, soit d'une occlusion intestinale, soit de la péritonite.

S'agit-il de *fibromes pédiculés tordus* (Planque, *Contribution à l'étude de la torsion des fibromes utérins*, thèse Paris, 1897), la notion antérieure d'une tumeur pelvienne, les rapports exacts avec l'utérus, la consistance de la tumeur, dans les commémoratifs l'existence de crises douloureuses répétées et atténuées éclaireront le diagnostic. Il ne faut pas oublier que les *fibromes utérins non pédiculés*, implantés largement près du fond de l'utérus, peuvent entraîner dans leur mouvement tournant l'utérus lui-même et constituer une variété de torsion (Macé, *Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des fibromes sous-séreux de l'utérus*, thèse Paris, 1897, n° 284), et R. von Holst, Ein Fall von Torsion eines subserösen Myoms, Heilung, *Centr. für Gynæk.*, 1894, n° 40, p. 967).

La *torsion des salpingites*, bien étudiée par Legueu (*Presse médicale*, janvier 1900), Maillard (thèse Paris, 1890) et F. Cathelin (*Revue de chirurgie*, février 1901), est un accident peu fréquent dont le diagnostic clinique est très difficile. Le plus souvent elle est confondue, dit M. Bouilly, avec une torsion du pédicule du kyste ovarien et l'appendicite. La constatation d'une tumeur déjà reconnue antérieurement, qui a grossi rapidement durant les premières heures ou les premiers jours qui ont suivi la crise a bien son importance, mais le « caractère des douleurs

vives n'est pas assez net pour que le diagnostic ait pu être établi » (Legueu et Labadie-Lagrave).

La *torsion brusque du pédicule de la rate mobile* (Hartmann, Note sur 4 cas de rate mobile, *Comptes rendus du Congrès français de chirurgie*, 1895) se présente aussi sous les allures de la péritonite, péritonite le plus souvent aseptique (Hartmann et Morax, Note sur la péritonite aiguë généralisée aseptique, *Annales de gynécologie*, 1894). Il faut y penser et même au cours de la crise douloureuse, palper, percuter, rechercher le volume et le siège de la tumeur, l'étendue de la matité.

Si la malade porte une hernie inguinale ancienne récemment réduite, les accidents abdominaux doivent faire penser à une *torsion épiploïque intra-abdominale* (Brunet, *Essai sur une forme spéciale d'épiploïte chronique et sur la torsion de l'épiploon*, Paris, 1900, et Hochenegg, Ein Fall intraabdomineller Netztorsion, *Wiener klin. Woch.*, 1900). La tuméfaction douloureuse et mate qu'on sent dans la fosse iliaque droite pourrait faire dévier le diagnostic et simuler une collection d'origine appendiculaire.

Cliniquement, le plus souvent on porte dans tous ces cas un diagnostic douteux : fait moins grave qu'on pourrait le croire au premier abord, puisque la laparotomie s'impose dans le plus bref délai possible et que le chirurgien, le ventre ouvert, agit en conséquence.

L'*appendicite*, remarquable par sa grande fréquence, pourrait prêter à confusion : même fréquence pendant la grossesse, les suites des couches, même météorisme, mêmes douleurs, mêmes vomissements, même début bruyant dans

le cours d'une excellente santé, alors que quelques heures auparavant rien ne pouvait la faire présager. C'est par une palpation attentive de la fosse iliaque droite qu'on localisera exactement la triade douloureuse, comme le dit M. Dieulafoy (*Manuel de pathologie interne*, 13e éd., p. 468), « douleur très vive et exaspérée par la pression, défense musculaire et hyperesthésie cutanée ». Toutefois le diagnostic peut être particulièrement difficile en cas de péritonite septique diffuse, qu'il n'y ait ou non perforation de l'appendice, « forme terrible et rapide dans son évolution », dit M. Dieulafoy. Mais la laparotomie immédiate n'est-elle pas indiquée aussi bien dans le cas de grosse rupture kystique que dans le cas d'appendicite diagnostiquée ?

La même réflexion s'applique à la *perforation de l'ulcus stomacal* ou *duodénal*. Ici la douleur subite est terrible, « c'est le coup de poignard péritonéal » et à son maximum à la région épigastrique.

L'*occlusion intestinale* se distinguera par l'absence totale de gaz et de matières, les vomissements fécaloïdes.

La douleur et les vomissements, si ce n'est faute d'examen, n'en imposeront pas non plus pour des *coliques hépatiques* ou des *coliques néphrétiques*.

On n'oubliera pas l'*hystérie*, cette grande simulatrice de tous les maux. Les hystériques peuvent en effet présenter du ballonnement du ventre, des douleurs abdominales, des vomissements. Les antécédents de la malade, les commémoratifs, les stigmates d'hystérie, les zones hystérogènes mettront sur la voie du diagnostic.

Enfin après l'accouchement on ne prendra pas la rupture

du kyste pour une *péritonite puerpérale*, ainsi que M. Schwartz en rapporte une observation dans la thèse de Lair *(loco citato)*, « à cause de cette douleur violente survenue trois jours après l'accouchement, à cause de la présence d'un kyste en arrière du péritoine pariétal, en tenant compte enfin de la présence dans le péritoine d'un liquide analogue à celui que contenait le kyste, nous croyons à une rupture spontanée ». Le diagnostic serait dans ces cas d'autant plus difficile qu'on voit la malade longtemps après l'accident.

β) *Il y a eu rupture de poches kystiques moyennes ou petites* : les accidents consécutifs rappellent ceux de l'*ascite*.

Le diagnostic peut être, dans ces circonstances, très difficile ; car une malade atteinte de kyste ovarique peut présenter de l'ascite.

M. Lucas-Championnière s'est lui-même heurté à ces difficultés de diagnostic et ce qu'il importe de faire ressortir, dit-il, « c'est que ces difficultés peuvent persister même quand le ventre est ouvert » (*Bulletins de la Société de chirurgie*, 1892).

Ainsi, dans l'observation XXIII, qui nous est communiquée par M. Souligoux, alors qu'il était chef de clinique de M. le professeur Tillaux, une tumeur kystique se rompt spontanément 2 fois en l'espace de quelques jours ; on pense à un kyste de l'ovaire. M. Tillaux pratique la laparotomie, trouve un liquide visqueux chocolat épanché au milieu des anses intestinales, et le ventre ouvert, il est difficile de savoir exactement si on se trouve en présence d'un *kyste vrai de l'utérus rompu* ou d'un kyste de l'ovaire rompu.

En présence d'un ventre qui augmente de volume en

même temps que la malade éprouve de vives douleurs, comme dans l'observation XXI, il faudra donc établir le diagnostic entre un kyste de l'ovaire rompu et un *fibrome kystique rompu*. On peut dire avec Lebec (*Étude sur les tumeurs fibro-kystiques et les kystes de l'utérus*, thèse Paris, 1880, n° 34) « que dans tout le domaine chirurgical il n'existe peut-être pas de diagnostic plus épineux que celui des tumeurs qui nous occupent. En effet, tout se réunit pour tromper le chirurgien. Mais on peut le dire hardiment, bien que ceci puisse paraître un paradoxe : dans de tels cas la rigueur absolue du diagnostic n'est pas indispensable... », et comme l'écrivaient Péan et Urdy (*Hystérotomie*, 1873), « le but principal auquel doit tendre le diagnostic n'est pas tant de savoir si la tumeur est utérine ou ovarienne, mais bien si elle est opérable ». L'observation XXI de M. Bouilly se rapproche du cas de MM. Tillaux et Souligoux. La paroi de la poche semble s'être tellement amincie que spontanément elle a laissé passer par une rupture dans la cavité péritonéale le liquide du kyste utérin; la complication n'avait donné lieu à aucun symptôme et n'avait pu être soupçonnée cliniquement que par la présence d'un liquide abondant libre dans la cavité péritonéale, simulant une ascite derrière laquelle on sentait une tumeur solide. Dans un autre cas observé par M. Bouilly et M. Segond (Bouilly, Contribution à l'étude des grosses tumeurs fibro-kystiques de l'utérus, *La Gynécologie*, décembre 1897), la rupture se produisit après une chute sur le bord d'un lit ; il y eut de suite un épanchement de liquide intra-péritonéal développé rapidement autour de la tumeur primitive, alors

qu'il n'avait jamais été constaté avant l'accident. Des phénomènes péritonéaux graves et une série de complications entraînèrent la mort de la malade au bout de quelques mois. On voit combien le diagnostic différentiel est difficile à établir. Le palper bimanuel ne donne que des probabilités. « Si les mouvements ne se communiquent pas manifestement à l'utérus, très probablement la tumeur est ovarienne. Un kyste de l'ovaire peut être très adhérent, mais si la tumeur est très dure, on a affaire à l'utérus » (Lebec). Au reste, s'entend-on bien encore aujourd'hui sur l'origine de ces kystes de l'utérus ? Pendant que Kiwisch, Pajet, West, Péan et Urdy, Lebec ont tendance à admettre qu'il s'agit d'une affection spéciale sans point de départ dans une tumeur fibreuse, et que Boinet prétend que ces tumeurs ne sont que des kystes multiloculaires de l'ovaire, M. Bouilly, conservant à ces tumeurs le nom de tumeurs fibro-kystiques à cause de la continuité intime de la paroi sur une étendue plus ou moins grande avec le tissu utérin et de la présence des éléments caractéristiques de ce tissu dans la constitution de la poche kystique, écrit : « Il est vraisemblable qu'entre les petites poches des myomes ramollis, les collections déjà volumineuses des tumeurs fibro-kystiques et les kystes utérins énormes simulant des collections ovariennes, il n'y a qu'une différence d'évolution et de développement » (*La Gynécologie*, 1897). Aussi, concluons avec M. Bouilly (Bouilly, *Manuel de pathologie externe*, t. IV) : « le plus souvent cette affection est confondue avec un kyste de l'ovaire et l'erreur n'est reconnue qu'au moment de l'opération ou même seulement quand celle-ci est achevée ».

A l'appui de tous ces faits, notre maître, M. Peyrot, nous rapportait tout dernièrement encore le cas d'une malade de Méry qui, à la suite d'une chute sur le ventre, en montant en tramway, éprouve une douleur subite et voit son ventre grossir peu à peu sans douleur. Depuis son accident, son ventre augmentant et diminuant alternativement de volume, elle consulte un éminent chirurgien qui diagnostique un *fibrome utérin*. Elle voit M. Peyrot qui pense à un kyste qui se serait rompu : ce dernier pratique la laparotomie ; il trouve bien un kyste ovarien, mais pas la moindre trace de fibrome. La même erreur de diagnostic avait été commise dans l'observation XII. Il peut d'ailleurs y *avoir coexistence d'un kyste rompu et d'un fibrome*. Tel est le cas faisant le sujet de l'observation de Terrillon (Remarques sur une série de 35 ovariotomies, *Revue de chirurgie*, 1888, p. 1020). Il s'agissait d'un kyste gélatineux rompu dans le péritoine. Après l'ouverture du péritoine, on trouve le kyste rompu, *adhérent* et *comme soudé à l'utérus*, d'ailleurs atteint de *fibromes*. On fit à la fois l'ovariotomie et l'hystérectomie. La guérison fut parfaite.

L'*hydronéphrose intermittente* avec ses douleurs et l'accroissement de la tumeur en quelques jours, sensation de soulagement et débâcles urinaires, tous ces symptômes se répétant à intervalles plus ou moins éloignés, peut parfaitement simuler un kyste de l'ovaire rompu. Nous en avons vu un bel exemple dans l'observation X.

L'examen méthodique de la tuméfaction, son siège au début franchement lombaire, l'évolution descendante et latérale permettront de reconnaître une hydronéphrose.

Si l'hydronéphrose n'est pas trop ancienne, la ponction ramenant un *liquide acide* peut être un bon moyen de diagnostic : le cathétérisme de l'uretère ne sera pas négligé.

De plus, une hydronéphrose excessivement dilatée *peut se rompre* dans le péritoine (Thompson), simuler par suite un kyste ovarien rompu. M. Peyrot a eu l'occasion d'en observer un cas intéressant (communication orale). La tumeur avait acquis le volume des grands kystes de l'ovaire et remplissait la cavité abdominale. L'abdomen, très augmenté de volume, était nettement fluctuant. Le diagnostic de kyste de l'ovaire est posé avec hésitation et on se propose d'intervenir. On attend quelque jours, le ventre diminue considérablement de volume, la fluctuation n'est plus aussi manifeste. M. Peyrot pratique la laparotomie. Une certaine quantité de liquide clair et limpide est épanchée dans la cavité abdominale; la tumeur, légèrement bosselée, dont l'aspect extérieur rappelle celui d'un kyste de l'ovaire, est affaissée et confondue avec ce qui reste de la substance rénale. On extirpe complètement cette poche et la guérison se fait sans incident. Il s'agissait d'une *hydronéphrose rompue*.

On ne confondra pas non plus la *péritonite tuberculeuse* à forme ascitique avec un kyste de l'ovaire rompu. Les commémoratifs, la marche de la maladie, l'état général de la malade, l'examen successif de tous les organes mettront sur la voie du diagnostic. Dans certains cas toutefois, le diagnostic pourra être entouré des plus grandes difficultés.

Ces difficultés augmenteront si le liquide du kyste

épanché dans le péritoine est un *liquide colloïde*. Le contenu du kyste s'écoule alors difficilement, le volume de ce dernier ne diminue pas beaucoup par suite; le liquide est *tellement visqueux qu'il ne peut pas se répandre dans la cavité abdominale, de telle sorte*, dit Mathews Duncan (*Clinical lectures on diseases of Women*, leçon 18), *qu'il déplace les intestins comme s'il était lui-même une tumeur*. Cette disposition existe dans l'observation IX : le liquide colloïde non enkysté avait refoulé vers la droite toute la masse intestinale et était uniquement contenu dans la moitié gauche de l'abdomen. D'autres fois sa diffusion pourra être limitée par d'anciennes adhérences. Dans ces cas, Olshausen insiste sur le bruit et la sensation de froissement, « le *froissement colloïde* », dû au déplacement et à l'écrasement par la palpation des masses gélatineuses sorties du kyste. Ce signe n'est malheureusement pas caractéristique.

Si l'ascite a un développement trop rapide, le liquide ne va pas se collecter dans les régions déclives : il diffuse, il filtre, il s'insinue entre les organes. Cette sorte d'*ascite interstitielle*, sur laquelle M. Segond insiste, peut être d'un diagnostic parfois impossible.

Les *poussées de péritonite* qui accompagnent les hémorrhagies intra-kystiques d'un kyste végétant et qui donnent lieu à la formation de néo-membranes vasculaires qui, se rompant, vont provoquer une exsudation péritonéale, peuvent induire en erreur en faisant penser à un kyste fissuré. Telle était cette malade (obs. XXII), adressée de la Clinique Tarnier par le Dr Chéron, dont chaque poussée péritonéale se manifestait par des douleurs abdominales,

une augmentation de volume du ventre et de l'ascite. Ces phénomènes se renouvelèrent à plusieurs reprises différentes. C'est un diagnostic différentiel important à établir avec la rupture : nous ne l'avons trouvé signalé nulle part.

L'*avortement* sera facilement distingué d'une rupture spontanée : la question est surtout importante au point de vue médico-légal. M. Tillaux (*Bulletins de la Société de chirurgie*, 1879, t. V) dut ainsi délivrer un certificat à une femme soupçonnée d'avoir voulu dissimuler un avortement : cette femme avait été soignée quelques mois auparavant pour une rupture d'un kyste ovarique. Quant à distinguer les kystes de l'ovaire proprement dits des *kystes parovariens*, on se basera surtout, dit M. Bouilly, sur l'aspect asymétrique du ventre qui n'est pas conique comme dans les kystes ovariens. Le palper bimanuel montrera, faisant saillie dans le vagin, une tumeur immobile, arrondie, fluctuante, accolée à l'utérus qui n'est pas lui-même mobilisable. Enfin la ponction ramènera un liquide caractéristique, élément le plus important du diagnostic, de même que pour les *kystes hydatiques*.

Disons, pour terminer ce chapitre de diagnostic différentiel, qu'en cas de doute la méthode nouvelle de diagnostic, le *cyto-diagnostic* de MM. Widal et Ravaut, qui consiste dans l'examen des éléments cellulaires en suspension dans l'épanchement de la séreuse péritonéale, ne devra pas être négligé.

Rappelons que MM. Tuffier et Milian (*Comptes rendus de la Société de biologie*, avril 1901) ont pu ainsi différencier un kyste de l'ovaire d'une péritonite tuberculeuse

dans un cas douteux. Cet examen du liquide des kystes ovariques, soit directement sans coloration, soit avec coloration, nous renseignerait sur les types cellulaires épithéliaux qui y sont contenus, sur l'abondance de ces derniers ainsi que des hématies et des leucocytes, sur les fibres cellules en cas de rupture de fibrome kystique, etc... On comprend de quelle utilité pourraient être au chirurgien ces renseignements, non seulement pour le diagnostic, mais pour le pronostic et la thérapeutique à appliquer.

CHAPITRE VI

Pronostic.

Les symptômes variables qui suivent la rupture spontanée des kystes ovariens nous font pressentir que le pronostic ne sera pas le même pour tous les cas.

A côté des ruptures intra-péritonéales amenant une *mort subite*, nous en voyons d'autres qui sont un *mode de guérison* de ces néoplasmes. Aussi est-il nécessaire de distinguer le pronostic immédiat du pronostic éloigné.

Pronostic immédiat. — Non seulement l'accident de la rupture peut passer *inaperçu*, peut survenir sans aucune altération de l'état général, sans douleur d'aucune sorte (Hofmeier, Schrœder), mais encore il peut avoir pour résultat la *guérison définitive du néoplasme*.

Nous réserverons ces cas de guérison définitive, avec M. Bouilly, aux *kystes parovariques* (obs. XVIII, XIX, XX). Nous trouvons la confirmation de cette donnée clinique dans les expériences de MM. Auché et Chavannaz, signalées plus haut. Cette opinion est d'ailleurs partagée par Lawson Tait et Mathews Duncan qui écrit : « Les guérisons au moyen d'une ou plusieurs ponctions, les guérisons par médicaments, par rupture spontanée, par développement d'une grossesse ont été sinon simplement de

grosses erreurs, du moins presque certainement des ruptures de kystes parovariens. » Même pendant le cours de la gestation, ce serait encore par ce mécanisme, d'après M. Rémy, qu'on verrait survenir la guérison sans intervention. D'autres auteurs vont plus loin et admettent la possibilité de la guérison par rupture des kystes ovariques séreux uniloculaires (Kœberlé, D. J. Simpson, Vautrin, Duffner), même si cette rupture est consécutive au traumatisme (Huss, West, Barnes, Simpson).

Ne trouvons-nous d'ailleurs pas dans la pathologie vétérinaire une application de ce mode de traitement? N'obtient-on pas la guérison des vaches taurelières (vaches affectées de kystes de l'ovaire) par la rupture et l'écrasement des kystes?

Il n'est pas indispensable, pour que la guérison survienne, que le contenu du kyste rompu soit un liquide séreux. Une série d'observations notent la *guérison de kystes colloïdes*, et M. Boursier conclut que le liquide gélatineux des kystes, quand il n'est pas altéré par la ponction ou par une inflammation antérieure, peut s'épancher dans la cavité péritonéale sans aucun danger (Boursier, Considérations sur la rupture intra-péritonéale de l'ovaire, *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1897). Si on voit assez souvent au cours des ovariotomies, malgré toutes les précautions prises, du liquide kystique se répandre dans la cavité péritonéale sans que le pronostic opératoire soit influencé, il faut bien se garder de conclure que le liquide séreux est inoffensif dans tous les cas.

MM. Auché et Chavannaz nous ont en effet montré par l'expérimentation la *toxicité des liquides des kystes*. Nous avons trouvé une confirmation clinique de ce fait dans un

cas d'ignipuncture d'un ovaire gauche scléro-kystique : une partie de l'ovaire étant indemne, M. Bouilly enfonça la pointe du thermo-cautère au niveau de plusieurs kystes ; le liquide franchement citrin qui s'écoula de ces kystes fut assez abondant. Au bout de vingt-quatre heures de cette opération, qu'on dit être extrêmement bénigne, une vive réaction péritonéale se produisit, accompagnée de ballonnement du ventre, facies grippé, un peu d'élévation de température (38°,5). Tous ces accidents inquiétants durèrent quatre à cinq jours et la malade guérit parfaitement. L'examen bactériologique du liquide des petits kystes n'avait malheureusement pas été pratiqué, mais le fait ne nous semble pas moins intéressant à signaler, d'autant plus que MM. Pozzi et Beaussenat (Contribution à la pathogénie et à l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1897) rapportent trois cas de tumeurs épithéliales des ovaires dont l'origine se serait faite très vraisemblablement aux dépens des *ovisacs* et des tubes de Pfluger, et dont l'évolution rapide aurait été caractérisée cliniquement par l'apparition très précoce d'une ascite souvent considérable.

Les dangers de la *péritonite consécutive* sont surtout à redouter si l'épanchement est purulent (à moins d'adhérences constituant une péritonite enkystée), si le sang est mélangé à du liquide colloïde (Olshausen). La péritonite est presque toujours mortelle en cas de rupture de kyste dermoïde.

Quant à la *rupture des kystes ménorrhagiques*, elle peut être suivie, d'après Rollin, de mort en quelques heures par

hémorrhagie interne ou en quelques jours par péritonite. Elle peut exposer à l'hématocèle pelvienne avec tous ses dangers. D'après Gallard *(loco citato)*, le liquide des *kystes hydatiques* pourrait être également très dangereux.

Dans tous les cas de kystes hydatiques et de kystes dermoïdes signalés par Nepveu, la mort a été la conséquence de la rupture.

Empressons-nous de dire que la péritonite est loin d'être toujours mortelle et que beaucoup de malades arrivent à la guérison à travers les accidents plus ou moins graves de cette dernière.

Le pronostic doit être également plus sévère si la rupture survient à la suite de la gangrène des parois.

La *mort subite* qui survient dans certains cas s'explique soit par une hémorrhagie abondante (torsion du pédicule et rupture, kystes ménorrhagiques), soit par la pénétration rapide du liquide dans la cavité abdominale déterminant des phénomènes de choc. C'est ainsi que dans les cas de mort subite par rupture de kystes parovariques qui ont été observés (Bouilly, in Legueu et Labadie-Lagrave, *loco citato;* Krysan, in Courty, *loco cit.*; Bright, *Archives générales de médecine,* 1838), il faut incriminer non par la qualité du liquide, mais par la *quantité.*

Pronostic éloigné. — En outre des accidents mortels immédiats qu'elle peut provoquer, la rupture est encore dangereuse au point de vue des complications qu'elle peut entraîner.

Les malades guérissent-ils après avoir éprouvé des symptômes péritoniques ? la formation *d'adhérences* entre

la paroi du kyste et les organes voisins est fatale. D'où douleurs vives dans le ventre, possibilité d'*étranglement interne*, enfin complication des opérations abdominales.

De plus, une première rupture prédispose à des *ruptures répétées*.

Un kyste peut ainsi se rompre à deux, trois, quatre reprises successives (obs. I, VI, X, XXIII). Ces récidives de rupture non seulement arrivent à épuiser la malade, mais déterminent par suite des poussées péritonéales, des adhérences qui finissent par empêcher le kyste de se rétracter, de s'oblitérer, rendent l'opération de l'ovariotomie de plus en plus difficile. Enfin la *mort peut survenir* à la 2e, 3e ou 4e rupture. Ce fait s'explique aisément : dans un kyste multiloculaire comme dans l'observation V, la rupture peut intéresser à chaque fois une poche distincte qui a un contenu beaucoup plus septique que sa voisine.

Entre deux ruptures qui se succèdent, le contenu du kyste peut se modifier, suppurer par exemple. Enfin le kyste de l'ovaire lui-même est aussi bien exposé à tous les autres accidents de ces kystes, par exemple : la torsion, les hémorrhagies, etc.

Cette récidive n'est pas à craindre pour les *kystes paro-variques qui ne se reproduisent* pas après rupture. Dans ce cas la disparition complète du kyste s'explique : soit par la rétraction de la tumeur, l'épithélium de la face interne disparaît, ses faces s'accolent, l'oblitération de la cavité kystique se fait, le kyste se ratatine, se sclérose et disparaît ; soit par une sorte de drainage continuel du liquide sécrété qui est inoffensif et s'écoule par l'orifice de rupture persistant.

Si la récidive des ruptures s'explique facilement dans les kystes multiloculaires, soit que d'autres poches moyennes et petites se développent successivement, amincissent leurs parois et finissent par se rompre à tour de rôle, soit qu'une poche plus développée, après s'être refermée, sécrète de nouveau au point de se rompre une seconde fois, elle s'explique aussi facilement pour les kystes uniloculaires. Dans l'observation X, nous avons un exemple de rupture spontanée d'un kyste uniloculaire de l'ovaire gauche avec ascite gélatineuse. Ne savons-nous pas qu'il n'existe *pas anatomiquement* de *kyste uniloculaire* et que dans les parois de ce kyste il existe des petites cavités secondaires? Ces *petits kystes en miniature* contenus dans la paroi vont se développer, sécréter, s'amincir par suite de la distension intra-kystique et se rompre comme la poche mère. Enfin n'est-il pas démontré aujourd'hui que les kystes multiloculaires sont le premier stade des kystes panciloculaires et uniloculaires, et inversement qu'à côté du processus de fusion, de coalescence, on peut observer un processus de production susceptible de transformer un kyste uniloculaire en un kyste multiloculaire? A toutes ces modifications de structure des cysto-épithéliomes peut correspondre une modification de leur contenu.

Enfin, la malade a-t-elle échappé, immédiatement après la rupture dans le péritoine, à la mort subite ; quelques heures ou quelques jours après, aux dangers de la péritonite; dans les semaines suivantes, aux douleurs des adhérences qui se sont formées ou aux récidives de rupture, voilà qu'un accident éloigné la guette encore : je veux parler de la *généralisation*.

Qu'il s'agisse d'un kyste dont la paroi amincie cède à l'excès de tension ; que les végétations épithéliales intra-kystiques perforent la paroi ; que les végétations épithéliales extra-kystiques déversent le produit de la sécrétion de leurs pseudo-glandes, le liquide épanché dans le péritoine va semer sur toute l'étendue de ce terrain favorable à la multiplication les cellules néoplasiques : il sera aidé dans ce travail par les mouvements péristaltiques de l'intestin. Tous ces groupes cellulaires vont arriver au contact des bouches absorbantes du centre phrénique : les puits lymphatiques de Ranvier vont leur aider à gagner la plèvre et l'*épanchement pleural*, que le médecin va découvrir par hasard, sera le premier cri de souffrance du péritoine, le cri d'alarme de la généralisation. M. Demons a insisté sur ces épanchements pleurétiques développés sous l'influence des tumeurs abdominales (Demons, *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1888). La généralisation peut, dans certains cas, aller encore plus loin ; envahir les organes, les os (cas de Thornton ; Gross, les vertèbres ; Reclus, le sein) ; en un mot, ce n'est plus de la généralisation *in situ*, c'est de la *généralisation à distance*. On observe ces faits dans les *kystes papillaires végétants*, qui tantôt se comportent cliniquement à la façon des tumeurs les plus bénignes ; tantôt, au contraire, à la façon des cancers les plus graves.

Les kystes à *contenu colloïde*, eux aussi, sont susceptibles de généraliser : ces masses gélatineuses, que les mains du chirurgien ont tant de mal à évacuer de la cavité abdominale dans les ovariotomies, ne sont autres que des néoformations de même nature que le contenu du kyste (myxome

ou pseudo-myxome du péritoine, maladie gélatineuse de Péan).

Les *kystes dermoïdes* donnent plus rarement naissance à la généralisation, parce que leur rupture dans le péritoine est accompagnée presque toujours de phénomènes mortels. Il ne faut pas néanmoins s'exagérer la fréquence de toutes ces généralisations, ainsi que le fait observer M. Segond.

La *rupture du kyste s'est-elle faite dans un organe du voisinage :* en plus des douleurs dues aux adhérences du déplacement des organes, des récidives, nous trouvons une *cavité suppurant* continuellement, affaiblissant notre malade avec tous les inconvénients d'une fistule permanente, le bon fonctionnement des organes est troublé. Si l'ouverture s'est effectuée par l'ombilic, la trompe ou le vagin, le pronostic est assez favorable, réserve faite de la gêne causée par l'écoulement. La déhiscence du kyste dans l'intestin est beaucoup plus dangereuse. Les gaz intestinaux, les matières fécales vont pouvoir pénétrer dans son intérieur, déterminer des phénomènes putrides et septiques : le tenesme, l'entérite, la rectite sont des complications fréquentes. La rupture dans la vessie doit faire porter un *pronostic très grave :* la cystite, la pyélonéphrite, la rétention d'urine, la formation de calculs, voire même la péritonite, sont autant de complications pouvant survenir et contribuant encore à l'assombrir.

État puerpéral. — Le pronostic est toujours très grave.

D'après M. Rémy, la rupture serait grave pendant la grossesse, plus grave pendant le travail, plus grave encore pendant les suites de couches. Si l'ascite à répétition se

produit chez la femme enceinte, l'épanchement intermittent du liquide dans la cavité péritonéale va faire naître des accidents inflammatoires qui vont troubler l'évolution de la grossesse et provoquer des *fausses couches*. Toutefois, si le kyste ne présente pas de dangers immédiats, on peut attendre, car on a observé, d'après M. Vautrin, des cas de guérison spontanée par rupture dans l'intestin. Telle est cette malade présentée par Heydenreich à la *Société méd. de Nancy*, 9 mars 1892 ,qui rompit son kyste dans l'intestin au cours d'une fièvre typhoïde : elle guérit de son kyste et de sa dothiénentérie et a eu, depuis, trois grossesses normales. Nous avons vu, dans le chapitre II, que souvent la rupture rend possible l'accouchement qui ne l'était pas par suite de l'enclavement de la tumeur : le kyste se rompant dans le péritoine s'affaisse, l'excavation pelvienne laisse la voie libre à la descente de la tête qui s'effectue.

Pendant l'accouchement, nous avons vu que le kyste pouvait se rompre assez souvent soit dans le rectum, soit dans le vagin. Généralement, on est en présence de kystes dermoïdes. L'accouchement se termine sans encombre ; mais, la *rupture s'est-elle faite dans le rectum*, à la suite de chaque garde-robe, des débris de membranes dermoïdes, des poils adhérents malgré les plus fortes tractions forceront la malade à réclamer une intervention chirurgicale (obs. XVI); *la rupture s'est-elle faite dans le vagin*, le contact de ce liquide plus ou moins purulent, mais toujours septique, avec le fœtus, peut être dangereux pour lui ; les débris d'os, de dents, de membranes dermoïdes peuvent enfin le blesser.

En résumé, nous voyons que le pronostic de la rupture

spontanée des kystes ovariens est grave : Nepveu accuse une mortalité de 50 p. 100 ; Tilt, de 29 p. 100 ; Aronson, de 21 p. 100. Ce pronostic sera de plus en plus amélioré si on se persuade du fait que cette complication, traitée chirurgicalement à temps, donne une statistique presque vierge de mortalité.

CHAPITRE VII

Traitement.

Il nous semble inutile d'insister sur ce point à l'heure actuelle. Tout le monde est d'accord que la *laparotomie*, seul traitement des kystes de l'ovaire, est, *a fortiori*, le véritable traitement des kystes compliqués de rupture.

Il est nécessaire toutefois de *distinguer les cas*.

Il existe incontestablement des guérisons définitives de kystes parovariques, et même ovariques, survenues à la suite d'une rupture spontanée. La malade ne présente pas la moindre trace d'accident; on ne retrouve plus le néoplasme; l'état général est excellent: doit-on intervenir en pareille circonstance? Indubitablement, non. Dans les cas semblables il faut avoir soin de revoir la malade à des intervalles plus ou moins éloignés, et, si le kyste se reproduit, lui conseiller une intervention.

Inversement, on se trouve en présence de la rupture intra-péritonéale à forme d'inondation, avec son apparition rapide de phénomènes péritonitiques: la question d'urgence seule se pose dans ces circonstances; c'est la seule planche de salut que puisse avoir la malade. Comme pour l'appendicite, pour la hernie étranglée, plus vite on opérera, plus elle aura de chance de se tirer d'affaire. La *laparotomie*

doit être faite immédiatement dans l'heure ou les quelques heures qui suivent la rupture.

Si le kyste se *reproduit* à la suite d'une première rupture dont les accidents se seraient montrés bénins ; si l'ascite se répète à intervalles plus ou moins éloignés, dès qu'on est sûr de son diagnostic posé, on conseillera l'ovariotomie dans le plus bref délai. C'est la seule façon d'éviter à la malade les accidents péritonitiques, les adhérences qui compliqueraient les interventions ultérieures, les récidives de rupture avec leurs accidents mortels, la généralisation de la tumeur. Avec MM. Terrier (*Revue de chirurgie*, 1884) et Segond (*Traité de chirurgie* Duplay et Reclus, t. VIII, p. 669), « nous conseillerons la *ponction* dans tous les cas où elle peut être de quelque utilité soit pour soulager les malades, soit pour assurer le diagnostic ».

Il est parfaitement inutile d'exposer les malades à ses inconvénients en dehors de ces conditions : l'ovariotomie est le seul traitement auquel il faut recourir.

Opérant le *plus vite possible*, on extraira la poche kystique ; on liera le pédicule avec de la soie plate et on le cautérisera avec le thermo-cautère. On s'attachera surtout à faire une *toilette très soignée* de la cavité péritonéale. On s'abstiendra, en règle générale, de lavage, M. Delbet ayant prouvé expérimentalement qu'il enlevait momentanément au péritoine son pouvoir absorbant (*Bulletins de l'Académie de médecine*, 1889). Le liquide épanché paraît-il suspect, au *moindre* doute on n'hésitera pas à *pratiquer le drainage suspubien* avec deux drains de caoutchouc accolés placés dans l'angle inférieur de la plaie et plongeant dans le cul-de-sac de Douglas.

L'opération sera plus difficile si on a affaire à un *kyste du ligament large*. On incisera le feuillet du ligament large jusqu'au kyste ; on évacuera le liquide restant dans sa cavité ; on procédera à sa décortication qui pourra être très pénible (obs. XVII), et si la poche est énucléable, on pratiquera la résection du ligament large. Si elle ne l'est pas, on fera la marsupialisation.

Bien qu'il existe des cas de guérison spontanée à la suite de l'évacuation du *kyste dans les organes du voisinage* (rectum, par exemple), le but que devra se proposer le chirurgien dans les ruptures extra-péritonéales, c'est encore l'ablation totale du kyste, l'*ovariotomie* pratiquée le plus tôt possible après la rupture. Elle sera suivie de la *suture de l'orifice* de communication du kyste. Si l'ablation totale de la poche est impossible, on s'en tiendra à une *ovariotomie incomplète*. Dans les cas d'ouverture dans la vessie, le rectum, le vagin, il est facile de comprendre combien la situation plus ou moins profonde de ces organes dans le petit bassin doit gêner l'opérateur. Les adhérences pourront être tellement développées qu'il sera impossible de les séparer, à moins de produire des dégâts considérables ; il faut que le chirurgien sache s'arrêter à temps, laisser à l'organe une portion de la paroi du kyste adhérent, une *véritable pièce*, comme le dit M. Tillaux (obs. XV). On pratiquera alors une ablation aussi grande que possible du kyste ; ce qui reste, on le suturera à la paroi abdominale ; ultérieurement les tissus restants bourgeonneront ; des attouchements au chlorure de zinc, à la teinture d'iode, aideront peu à peu la cavité à se combler. On comprend qu'il nous soit impossible de donner une règle de conduite générale

dans les cas aussi variés de rupture extra-péritonéale qui peuvent se présenter. C'est au chirurgien de prendre la décision la plus favorable lorsqu'il a les lésions sous les yeux.

Quand les lésions sont trop anciennes, il faudra souvent se contenter d'agir sur le kyste en agrandissant l'ouverture qui s'est faite spontanément. On drainera, on curettera, on fera des injections antiseptiques modificatrices; le nitrate d'argent, la teinture d'iode, le chlorure de zinc irriteront la face interne de la poche et finiront par la faire rétracter. Ces opérations devront être tentées dans certains cas : M. Perrimond (thèse de Lyon, 1897) conseille ainsi, au cas d'ouverture de kyste purulent dans la vessie, de ne jamais tenter la laparotomie : « L'idéal serait d'enlever la poche purulente et de suturer la communication anormale ; malheureusement, en pratique on se heurte à de graves difficultés : l'extirpation est toujours très difficile, souvent même impossible à cause des adhérences avec tous les viscères voisins. » Il faudra faire le *débridement vaginal de Laroyenne*, large et profonde incision avec drainage de l'abcès, sans s'occuper de la perforation vésicale. Si la fistule tubo-vésicale ne se ferme pas, on tentera successivement un nouveau drainage, la suture de la vessie par colpotomie antérieure (Condamin) ; enfin, en désespoir de cause, l'hystérectomie vaginale. Il insiste de plus sur la nécessité d'intervenir hâtivement : « Autant on peut temporiser lorsqu'il s'agit d'une fistule rectale, autant il faut se hâter lorsque celle-ci est vésicale. »

L'ovariotomie unilatérale pratiquée dans les ruptures kystiques ne trouble ni la *menstruation*, ni la *conception*,

ni la *faculté de procréer des enfants* des deux sexes. La preuve en est dans l'observation II du Dr Bouilly : « L'ovaire gauche sain avait été laissé en place : à quelques années d'intervalle cette malade redevint enceinte et, deux fois, elle eut une *grossesse gémellaire* terminée par un accouchement à terme et la naissance de deux enfants bien portants. » Si on pratiquait une ovariotomie double par suite des lésions avancées de l'ovaire du côté opposé kystique, mais non rompu, on trouverait évidemment toutes les *modifications physiologiques* qu'on observe en pareil cas (embonpoint exagéré, changements de caractère, atrophie des seins, suppression des règles et, parfois, des modifications des désirs sexuels).

Peut-on opérer pendant la grossesse? M. Rémy nous fait observer qu'aux kystes intra-pelviens correspondent les troubles et les accidents du travail ; aux kystes abdominaux, les accidents pendant la grossesse.

Si on est appelé pour la rupture du kyste *pendant la grossesse* (obs. XI), il faut pratiquer l'*ovariotomie le plus tôt possible* (Boinet ; Hegar et Kaltenbach, *Die operative Gynœkologie,* Erlangen, 1874 ; Tarnier et Budin ; Ribemont-Dessaignes et Lepage) : « Il nous semble, disent ces derniers, que l'avortement et l'accouchement prématuré artificiels ont fait leur temps et que dans le cas où la tumeur n'est susceptible ni d'être enlevée, ni d'être diminuée par ponction il faut attendre que la femme soit à terme et pratiquer l'opération césarienne si la tumeur met un obstacle insurmontable à l'accouchement. » « C'est à peu près la seule chance de salut pour la emme, dit M. May grier (*in* Tarnier et Budin), et

l'ovariotomie a été plusieurs fois pratiquée en pleine péritonite. »

Dans l'observation XI l'évolution de la grossesse ne fut troublée en rien par l'ovariotomie pratiquée pour rupture due à des végétations intra-kystiques. Pas de coliques, pas de douleurs lombaires. On aura soin dans ce cas, comme l'a fait M. Moulonguet, de faire une *suture très soignée de la paroi :* après avoir fendu la gaine des muscles droits, les juxtaposer directement par des sutures au catgut très rapprochées; faire en quelque sorte une cure radicale de hernie épigastrique afin d'éviter une série d'accidents qui pourraient être provoqués par la distension de la grossesse en cours.

La *rupture se produit pendant le travail :* avant tout, on pourra essayer de refouler la tumeur au-dessus du promontoire à l'aide des doigts introduits dans le rectum, la femme étant placée en position *genu-pectorale* en ayant recours, au besoin, au chloroforme. Si, ce moyen échouant, la rupture se produit, « je n'hésiterai pas à faire la *laparotomie* pour reconnaître si l'ablation du kyste est possible; l'ovariotomie lèverait alors l'obstacle, et l'accouchement n'aurait plus de difficulté à se faire. Dans le cas contraire, l'opération césarienne ou l'opération de Porro ne me paraissent pas plus graves pour la mère que les violences aveugles et excessives exercées par les voies naturelles et l'on a, en outre, ainsi l'avantage de sauver l'enfant ». Pozzi (*Traité de gynécologie,* p. 871).

La basiotripsie serait réservée exclusivement aux cas où l'enfant est mort.

Si la rupture *survient pendant les suites de couches,*

le kyste s'étant trouvé lésé pendant le travail, l'ovariotomie, bien que très grave, est encore indiquée : « Elle a même été dans ces conditions défavorables fréquemment suivie de succès. » (Maygrier, *loco citato*).

En somme, de même qu'en dehors de la puerpéralité, l'ovariotomie est le traitement le plus rationnel de la rupture des kystes ovariens pendant la grossesse, le travail, les suites de couches. Dans l'immense majorité des cas, la vie du fœtus sera ainsi sauvegardée, la grossesse pourra évoluer et les résultats statistiques, qui sont 19 p. 100 de mort pour la mère, 52 p. 100 pour l'enfant d'après M. Rémy, se trouveront singulièrement améliorés.

OBSERVATIONS

Observation I, *inédite* (due au Dr Bouilly).

Kyste de l'ovaire droit rompu. — Ascite. — Ovariotomie. — Guérison.

La nommée Amélie A..., dame J..., âgée de 25 ans, de Mouchecourt (Loiret), entre le 25 août 1890, pavillon Velpeau, lit n° 17 (hôpital Cochin).

Réglée depuis l'âge de 14 ans, avec des retards plus ou moins longs de quelques jours, sans douleurs, sans grandes pertes.

Se marie à 17 ans : pas de modifications des règles.

A 22 ans, grossesse normale. Suites de couches normales. Elle était très bien portante quand elle constate, en mars 1890, que son ventre commence à grossir sans aucune espèce de douleur. A partir de ce moment, les règles cessent d'apparaître. Au bout de trois semaines elle consulte un médecin qui la dit enceinte.

En juin 1890, elle présente quelques pertes sanglantes pendant dix jours : son ventre grossit beaucoup à cette époque. Elle consulte de nouveau son médecin : ce dernier reconnaît qu'elle n'est pas enceinte ; quinze jours après sa métrorrhagie, il pratique une ponction abdominale et retire 5 litres et demi de liquide sanguinolent.

Le liquide se reproduit très rapidement et très abondamment. Le 10 août, on doit pratiquer une seconde ponction : on retire cette fois 16 litres de liquide sanglant.

Le liquide se reproduisant encore une fois très vite, la malade vient consulter à Paris le Dr Bouilly, le 25 août.

Jamais cette femme n'a souffert à proprement parler. Le volume de son ventre la fatiguait simplement et la rendait dyspnéique.

Depuis le début de son affection, un peu d'amaigrissement : depuis quatre à cinq jours, un peu d'œdème malléolaire qui est plus prononcé le soir que le matin.

A l'inspection, on constate l'existence d'un abdomen assez volumineux : la cicatrice ombilicale n'est pas déplissée, il n'existe pas de circulation collatérale. Le ventre est aplati, également développé à droite et à gauche.

A la palpation. — L'abdomen est indolore, on sent partout une fluctuation très manifeste et toute chiquenaude pratiquée sur le ventre montre une ondulation très nette de la paroi.

A la percussion. — La matité existe presque partout. Le liquide se déplace suivant la position variable donnée à la malade. Dans le décubitus dorsal il existe dans le flanc gauche une zone sonore qui persiste, due sans doute à une anse intestinale adhérente ; le flanc droit est mat. En bas et vers la droite, un peu de sonorité superficielle. Plus en arrière, la matité est assez irrégulièrement distribuée.

Le 26 août, une ponction est pratiquée dans la région sous-ombilicale droite ; les ponctions précédentes avaient été faites à gauche. On retire environ 7 litres de liquide sanguinolent, très légèrement visqueux, à *reflet biliaire* vers les bords du vase qui le reçoit.

Une fois le liquide évacué, on remarque sur la peau du ventre l'existence de nombreuses vergetures. On sent dans la fosse iliaque gauche, atteignant la ligne médiane mais ne remontant pas tout à fait jusqu'à l'ombilic, une tumeur mobile, indolente, fluctuante, à surface un peu irrégulière, grosse à peu près comme les deux poings réunis.

Vers le creux épigastrique et sous le rebord des fausses côtes droites il semble que l'on sente, peu nettement il est vrai, quelques rugosités de l'épiploon. La pression en ce point est légèrement douloureuse.

Le toucher vaginal fait constater l'existence du col utérin élevé, porté en arrière et à gauche.

Le toucher combiné au palper abdominal montre l'utérus mobile. En avant de l'utérus, dans le cul-de-sac vaginal antérieur et à gauche on saisit entre les deux mains une tumeur lisse, fluctuante.

Le soir de la ponction on déprime déjà moins facilement le ventre qui est moins creux ; un peu de liquide s'est déjà reproduit sans douleur. L'œdème périmalléolaire qui existait le matin avant la ponction a disparu, mais il persiste un peu d'infiltration à la partie supérieure de la face interne des cuisses.

Laparotomie, le 29 août 1890. — Chloroforme facile. Incision médiane sous-ombilicale d'une longueur de 10 centim. environ. Le péritoine ouvert, il s'écoule des lèvres de la plaie en assez grande abondance de la sérosité sanguinolente qui s'était déjà reformée dans le péritoine. Le kyste apparaît : sa face externe présente en certains points de *vastes placards, couleur feuille morte;* il est presque vide. On l'attire rapidement et avec facilité au dehors.

La partie affaissée du kyste présente une *déchirure* qui permettait au liquide de s'épancher dans le ventre. Pince-clamp sur le pédicule, section de ce dernier, ligature double. Nettoyage soigné de la cavité péritonéale. On enlève aussi les débris de caillots que cette dernière renferme, caillots qui se sont eux-mêmes détachés d'un vaste caillot qui est contenu dans l'intérieur du kyste.

Réunion totale. Sutures profondes à la soie phéniquée plate.

L'opération a duré environ dix minutes.

L'examen de la pièce enlevée montre un kyste de l'ovaire ordinaire, sans adhérences. De larges placards de sphacèle, teinte feuille morte, se dessinent à la surface externe du kyste qui est peu vascularisé dans le reste de son étendue.

A l'intérieur du kyste on constate l'existence de caillots sanguins anciens, les uns noirâtres encore, les autres grisâtres, fibrineux. Des *végétations* de volume variable couvrent la face interne et font plus ou moins saillie dans la cavité ; on n'en trouve pas trace à la surface externe.

Pas de généralisation apparente au péritoine.

Le 29 au soir, temp. 37°. Journée assez calme sans douleur; quelques vomissements chloroformiques au réveil. A uriné séule. Soif assez vive (champagne glacé). Pas de piqûre de morphine. Un peu d'agitation durant la nuit, mais pas de souffrance véritable.

Le 30. Temp. matin 36°,8 ; soir 37°,2. État général satisfaisant. Pas de douleurs. Pas de vomissements. A des gaz. La soif reste assez vive (champagne et bouillon glacés).

Le 31. Temp. matin et soir, 37°. Pouls bien frappé. A passé une bonne nuit : très calme.

Le 1er septembre. Temp. matin 36°,8; soir 37°,2. Garde-robe assez abondante. Bon état général.

Les 2, 3, 4. Temp. 37°. La malade va très bien.

Le 6. Ablation des fils : plaie complètement réunie. État général excellent.

Le 8. Ablation des derniers fils.

Le 17. Se lève pour la première fois.

Le 20. Elle est complètement guérie et part chez elle à Mouchecourt (Loiret).

Observation II, *inédite* (due au Dr Bouilly).

Kyste de l'ovaire droit rompu. — Ascite. — Ovariotomie. — Guérison.

Mme Ch..., d'Orléans, âgée de 23 ans, m'est envoyée par le Dr Pilate. Depuis six semaines environ, son ventre s'est accru très rapidement et est devenu douloureux. La température, prise régulièrement, indique en moyenne le soir 38° à 38°,4. Le ventre est maintenant le siège d'un épanchement liquide peu tendu, ayant le caractère d'une ascite peu abondante; par la pression on refoule la couche de liquide et on arrive facilement sur une tuméfaction sous-jacente, mollasse, semblant être un kyste de l'ovaire.

Laparotomie, le 7 juillet 1889. — A l'ouverture du ventre il

s'écoule environ 2 à 3 litres d'un liquide jaunâtre visqueux, ayant tous les caractères d'un liquide kystique ; le péritoine pariétal est très rouge, vascularisé. On aperçoit de suite un kyste de l'ovaire dont les parois sont comme flasques et peu tendues ; ce kyste est facilement attiré à l'extérieur, pédiculisé et enlevé. Il contient un liquide absolument semblable à celui qui est contenu dans le péritoine. A sa partie supérieure il présente une *déchirure* de la paroi kystique, très nette, sans sphacèle de la paroi, semblable à une *incision*, ayant environ 5 à 6 centim. d'étendue, dirigée d'avant en arrière.

La malade n'accuse dans ses antécédents aucun coup, aucune violence extérieure ; elle ne s'est aperçue du volume de son ventre que par son développement rapide et la douleur dont il devint le siège tout à coup.

La guérison se fit sans aucun incident. L'ovaire gauche, sain, fut laissé en place ; à quelques années d'intervalle, cette malade redevint enceinte et deux fois elle eut une *grossesse gémellaire* terminée par un accouchement à terme et la naissance de deux enfants bien portants.

Observation III (due au Dr Bouilly).

Kyste de l'ovaire suppuré rompu dans le péritoine. — Péritonite purulente généralisée. — Laparotomie tardive. — Mort immédiate à la fin de l'opération.

Cette malade, âgée de 37 ans, multipare, aurait eu déjà, à de longs intervalles, plusieurs poussées péritonéales graves dans l'intervalle desquelles elle allait parfaitement bien et ne souffrait du ventre en aucune façon. Elle entra à l'hôpital Cochin le 14 décembre 1891.

Il y a trois semaines, quelques jours avant l'époque présumée des règles, elle fit une chute violente dans un escalier et reçut un choc assez fort sur le ventre ; néanmoins elle ne fut pas arrêtée et

ne fut troublée que par la non apparition de ses règles. Huit jours plus tard, elle était prise d'une péritonite aiguë franche qui fut soignée médicalement pendant dix jours, sans aucune amélioration.

A son entrée, le ventre est très ballonné, très douloureux à la pression, surtout dans le flanc gauche où il y a une submatité dessinant la forme d'un utérus d'environ six mois de grossesse ; les flancs sont sonores. Le cul-de-sac de Douglas est libre ; l'utérus est petit, antéfléchi. Dans le cul-de-sac postéro-latéral gauche on sent une masse haut située, rénitente, se continuant avec une tumeur abdominale globuleuse qu'on ne pouvait sentir par la palpation seule et on arrive à percevoir de la fluctuation.

L'état général est grave, l'aspect franchement péritonéal ; le pouls est petit, rapide, la température à 38°,5 ; il y a des vomissements presque continuels.

Le diagnostic hésite entre kyste de l'ovaire tordu ou rupture d'une grossesse extra-utérine.

Le 15, la malade est amenée pour subir la laparotomie. L'exploration faite sous le chloroforme ne permet plus de trouver trace de tumeur dans le ventre. On apprend alors que, dans la soirée précédente, la malade a eu des *évacuations diarrhéiques* extrêmement nombreuses à la suite desquelles elle a été soulagée et que ce matin elle n'a plus de température. On pense qu'il y a eu évacuation par le rectum et la malade est reportée à son lit sans opération.

Le lendemain, la situation est devenue tout aussi mauvaise que le premier jour, avec ballonnement énorme du ventre, vomissements presque continuels, tendance au refroidissement, température à 38°,4 et pouls presque incomptable.

Laparotomie, le 17 décembre. — Péritonite purulente généralisée avec fausses membranes épaisses et résistantes de date déjà ancienne. On trouve au milieu du pus un kyste de l'ovaire suppuré et rompu du côté gauche, du volume d'une tête de fœtus, peu adhérent, se prolongeant derrière l'utérus La trompe, située en avant, est transformée en un cordon scléreux. Les annexes droites sont saines.

La *rupture*, comme taillée à l'emporte-pièce, large comme une pièce de 50 centimes, occupe la partie inférieure du kyste ; elle semble avoir succédé à la chute d'une eschare.

La malade meurt dix minutes après la fin de l'opération. Le kyste avait pu être enlevé sans difficulté ; toute la cavité péritonéale avait été largement lavée à l'eau bouillie.

Observation IV, *inédite* (due au Dr Bouilly).

Kyste de l'ovaire gauche. — Disparition après une vive émotion.

J'ai été consulté en 1895 par une jeune dame d'environ 28 ans, portant dans le côté gauche du ventre une tumeur du volume environ d'une tête de fœtus, qui avait tous les caractères d'un kyste de l'ovaire. Je conseillai à cette malade de se faire opérer et lui donnai les meilleures assurances de la bénignité et de l'efficacité de cette opération.

La malade était très effrayée et ne se décida pas de suite ; je fus plusieurs mois sans en entendre parler. Un jour, elle vint me retrouver, m'affirmant qu'elle n'avait plus son kyste et me raconta l'histoire suivante : un mois auparavant, pendant la nuit, le feu prit dans l'appartement situé au-dessus de celui qu'elle habitait. Affolée de terreur, elle se leva précipitamment et descendit les escaliers à peine vêtue. Au moment où elle sortait vivement de son lit, elle éprouva dans le ventre une violente douleur ; mais tout à la terreur du feu, elle n'y fit point attention et ce n'est que le lendemain qu'elle dut prendre le lit, souffrant beaucoup du ventre et présentant quelques phénomènes légers de péritonisme. Elle dut garder le lit une huitaine de jours et la chambre pendant environ trois semaines. Dans les premiers jours qui suivirent son accident, elle *urina* avec une abondance extra ordinaire et tout à fait inusitée.

Quand j'examinai cette malade, je fus très surpris de constater qu'en effet elle ne présentait plus aucune trace de kyste de l'ovaire

ni d'une affection abdominale quelconque ; il n'y avait plus ni douleur, ni empâtement, ni reliquat d'aucune sorte. Je déclarai à cette malade qu'elle me paraissait en effet guérie, comme elle le pensait elle-même, et je n'en ai plus jamais entendu parler.

Je pourrais rapprocher de ce cas deux faits où tous les signes d'un kyste de l'ovaire ont été nettement constatés et pour lesquels une opération avait été décidée et déclarée indispensable. Dans ces deux cas, un nouvel examen pratiqué quelque jours avant la date fixée pour l'opération me permit de constater qu'il n'y avait plus apparence de tumeur, sans qu'il se fût passé rien d'anormal. Aussi, dans ces circonstances, je ne me crois pas autorisé à considérer la disparition de la tumeur comme consécutive à la rupture d'un kyste de l'ovaire, et il me paraît nécessaire de rester dans le doute sur la nature exacte de la tuméfaction primitivement constatée.

Observation V; *inédite* (due à l'obligeance de M. le Dr Quénu et communiquée par notre collègue et ami Judet).

Rupture spontanée d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. — Ascite. — Ovariotomie. — Guérison.

Mme X..., âgée de 21 ans, entre le 9 janvier 1901 à l'hôpital Cochin, pavillon Pasteur, salle Bichat, service de M. le Dr Quénu.

Réglée à 15 ans, régulièrement, sans douleurs ; pas de leucorrhée. Devient enceinte une première fois en 1898 ; la malade prétend avoir été frappée, lors de l'évolution de cette première grossesse, du volume que présentait l'abdomen qui était douloureux.

Le 2 février 1899, accouchement normal. Le nouveau-né ne pesait que 2,000 gr. Suites de couches absolument normales.

Le Dr Touchard examine cette dame quelque temps après l'accouchement, diagnostique une tumeur ovarienne et conseille une intervention chirurgicale qui lui est énergiquement refusée.

Malgré la coexistence manifeste d'une tumeur abdominale, en novembre 1899, nouvel arrêt des règles. Évolution d'une seconde grossesse qui se fait sans incidents et se termine le 20 août 1900, par un accouchement à terme d'un enfant vivant.

Depuis cette époque, le volume du ventre, qui était resté jusqu'alors stationnaire, a subi une augmentation assez rapide en même temps que la malade éprouvait quelques douleurs. Peu à peu il a repris son volume à peu près normal.

Le 5 janvier 1901, cette femme procède dans la journée aux soins de son ménage et affirme catégoriquement n'avoir subi aucun coup, ni éprouvé aucune violence extérieure. Elle éprouve tout à coup une douleur assez violente dans le ventre, accompagnée d'une sensation de déchirure. Elle se trouve mal, sans qu'elle perde sa connaissance; on la transporte immédiatement sur son lit. Elle revient à elle peu à peu, mais quelle est sa surprise quand, portant les deux mains sur son ventre, elle constate qu'il n'est plus aussi volumineux, mais douloureux. Le lendemain soir, elle se met à uriner avec une abondance extraordinaire. Cette miction abondante dure trois jours et se répète surtout la nuit.

Les douleurs s'atténuent dans la suite, mais l'abdomen demeurant toujours un peu volumineux, elle se décide à entrer à l'hôpital, pavillon Pasteur, le 9 janvier 1901.

Signes physiques. — *Inspection :* Abdomen volumineux.

Palpation : En raison de la tension du ventre, il est impossible de sentir nettement une tumeur en un point quelconque de l'abdomen. La malade étant dans la position horizontale, on perçoit une sensation de flot très nette.

Percussion : Matité péri-ombilicale descendant jusqu'au pubis, *matité fixe.* Matité également dans les deux flancs, mais *matité mobile.* Si on imprime des changements de position à la

malade, le liquide se déplace, la ligne de niveau est changée.

Entre les deux matités, sonorité intermédiaire.

Le toucher vaginal combiné au palper fait constater l'existence de l'utérus flottant au milieu du liquide, mais ne fait pas percevoir nettement une tumeur dans l'un des culs-de-sac.

On pose le diagnostic : kyste de l'ovaire avec ascite. Dégénérescence probable du kyste.

Opération, le 15 janvier 1901. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine incisé, il s'écoule immédiatement des lèvres de la plaie environ 2 litres d'un liquide franchement citrin.

Le péritoine pariétal est épaissi, très vasculaire, très rouge en certains points, est en un mot enflammé. La main tombe sur un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche.

Le grand épiploon étant adhérent en nappe à la partie antérieure du néoplasme, on le libère peu à peu et on pratique une résection très étendue de ce dernier. Décortication de la tumeur qui est attirée au dehors. Ligature du pédicule. Péritonisation par des points en bourse. L'ovaire du côté droit est sain. Nettoyage soigné de la cavité abdominale à l'aide de compresses stérilisées. Suture des différents plans de la paroi abdominale. Suites opératoires excellentes.

La malade sort guérie le 12 février 1901.

Examen de la pièce. — Pas de torsion du pédicule. Pas de végétations externes sur les parois de la poche ; il ne s'agit donc pas d'un néoplasme malin.

Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche : poches de dimensions très variables, à parois friables, renfermant des liquides d'aspect extérieur différent.

La *rupture* siège au niveau de la partie antérieure et supérieure de la poche la plus développée et la plus amincie, tout à fait à gauche ; elle ne siège donc que sur un des kystes.

L'ouverture présente des bords déchiquetés et une dimension d'une pièce de 2 francs environ. A côté des loges du kyste renfermant du liquide citrin, on en rencontre d'autres contenant

les unes un liquide colloïde, les autres un liquide de teinte verdâtre, les autres un liquide gélatiniforme et jaunâtre.

Observation VI, *inédite* (communiquée par notre collègue et ami Pouliot).

Kyste de l'ovaire droit rompu. — Ruptures spontanées et répétées du kyste.

Mme A. E..., épicière, âgée de 46 ans, des environs de Poitiers, est une femme de bonne constitution, se portant habituellement très bien. Mariée à 16 ans, elle a eu deux grossesses normales à 18 et 20 ans. A 40 ans, troisième grossesse ; l'enfant naît à terme mais meurt un mois après l'accouchement.

Il y a deux ans, cette femme constate que son ventre a un peu augmenté de volume à l'occasion d'une poussée d'ictère catarrhal qu'elle fit à cette époque. Elle ne consulte personne, et son ictère était presque complètement disparu lorsqu'elle tomba à terre accidentellement de la hauteur d'un meuble. Elle ressent une sensation violente de déchirure dans la fosse iliaque droite, se trouve mal, revient peu à peu à elle. Au bout de deux jours elle ne ressentait plus rien de son accident.

Ce n'est qu'au mois de janvier 1900 que la malade, s'observant minutieusement, constate que son ventre augmente réellement de volume. Ne souffrant aucunement, elle ne s'inquiète pas et continue de vaquer à ses occupations. Peu à peu le ventre se développe uniformément dans tout son ensemble, devient plus lourd, plus sensible.

Au mois de mars 1900, cette femme voyageant dans une voiture mal suspendue, ressent tout à coup une douleur violente dans le côté droit du ventre, accompagnée d'une sensation bizarre. Il lui semble que son ventre a diminué de volume. Elle rentre chez elle et dans la nuit qui suit l'accident elle remarque qu'elle a uriné beaucoup plus que de coutume. Cette polyurie s'accentue le lendemain et se continue pendant trois à quatre jours.

Cette femme commence alors à souffrir du ventre : ce ne sont pas des douleurs continues, ce sont des poussées douloureuses qui se répètent à des intervalles plus ou moins éloignés et qui siègent dans tout le ventre, surtout à droite.

Peu à peu l'abdomen a acquis le volume qu'il présentait lors de l'accident de voiture; à la fin de mai 1900, il n'a jamais été aussi volumineux. La malade est dyspnéique et présente une constipation intense. Très alarmée, elle consulte le 10 juin 1900 M. Pouliot. Très constipée, mais rendant des gaz, elle présente un météorisme qui rend toute palpation et tout toucher impossibles. On prescrit un purgatif, des lavements, des diurétiques et une antisepsie intestinale soignée.

Au bout de quelques jours, la tension abdominale ayant disparu, on peut passer à l'examen de la malade. Cette dernière étant placée dans le décubitus horizontal et respirant largement, la palpation simple fait constater au-dessus de l'arcade crurale, entre le pubis et l'épine iliaque droite, une tumeur arrondie un peu douloureuse, paraissant fluctuante, mate à la percussion.

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal démontre qu'il existe nettement dans la fosse iliaque droite une tumeur assez volumineuse, lisse, tendue, arrondie, très nettement fluctuante, débordant la ligne médiane et envahissant le côté gauche de l'abdomen. En pressant fortement la paroi abdominale au-dessus du pubis et en imprimant avec le doigt vaginal des mouvements à la tumeur, on constate que les ébranlements ne sont pas transmis à l'utérus qui est bien indépendant.

L'examen successif du cœur, des poumons, des reins, du foie est complètement négatif.

En présence de tels symptômes, M. Pouliot pense à un kyste de l'ovaire qui, s'étant rompu autrefois, s'est développé de nouveau dans la suite, fait appeler un chirurgien de Poitiers qui confirme entièrement son diagnostic et propose l'intervention chirurgicale. La malade est bien décidée à se faire opérer. Habitant à quelques kilomètres de Poitiers, on la transporte en voiture, le 29 juin 1900, à la maison de santé.

Un peu avant d'arriver à Poitiers, cette femme ressent, comme au mois de mars, tout à coup une douleur violente dans le côté droit du ventre comparable à une sensation de déchirure, a une légère syncope, puis revient à elle et constate encore une fois avec étonnement que son ventre qui était énorme et pointait en avant est maintenant absolument aplati.

On examine la malade de suite après l'accident ; on trouve tous les signes de l'ascite : sensation de flot dans les flancs, matité du liquide à la percussion. Ce liquide occupe les parties déclives et se déplace si on imprime des changements de position à la malade. On cherche la tumeur, elle a disparu.

La malade sue abondamment et les deuxième et troisième jours, elle urine d'une façon inusitée, se réveillant pour satisfaire ses besoins à tout instant de la nuit.

Le quatrième jour, les parois du ventre étant absolument dépressibles et toute tumeur ayant disparu, la malade refuse énergiquement au chirurgien toute opération et sort de la maison de santé le 4 juillet 1900.

Nous avons fait prendre depuis des nouvelles de cette femme : le ventre a augmenté de nouveau et peu à peu de volume.

Le kyste s'est donc bien reproduit.

Observation VII (Dr Reclus, in thèse du Dr Paul Baron, 1898, page 81).

Kyste de l'ovaire droit rompu dans l'abdomen. — Torsion du pédicule. — Ovariotomie. — Guérison.

Anna S..., 40 ans, gouvernante. Entrée le 20 mai 1898 à l'hôpital Laënnec. Rien à noter dans les antécédents héréditaires. La malade jouit d'une bonne santé habituelle. Réglée pour la première fois à 16 ans, ses règles ont toujours été régulières et durent huit jours. Une seule grossesse il y a quinze ans, suivie d'un accouchement pénible ayant nécessité anesthésie et

forceps. Bien rétablie, elle n'a jamais eu aucune douleur dans le ventre et ne s'est jamais aperçue de la présence d'une tumeur.

Le 18 mai, au quatrième jour de ses règles qui étaient venues au jour attendu, la malade se lève bien portante ; quelques instants après, en préparant son thé, elle se sent baignée d'une sueur froide et n'a que le temps de se jeter sur son lit où elle perd connaissance. Quelque temps après, elle reprend ses sens et se sent envahie brusquement, au bout de cinq à dix minutes, par une douleur atroce dans le ventre avec sensation de déchirure, douleur se propageant dans les reins et la cuisse droite.

Son ventre se ballonne un peu, elle a des nausées, mais pas de vomissements, et vers le soir, un médecin constate dans la fosse iliaque droite la présence d'une tumeur qui n'avait jamais été sentie ; la malade elle-même se rend compte qu'elle a quelque chose de volumineux à droite dans l'abdomen.

Le 20, elle entre à l'hôpital et l'on constate un ventre ballonné qui au premier abord fait penser à une tumeur fantôme, la malade entrant avec le diagnostic de tumeur de l'abdomen. On se rend compte cependant qu'il existe quelque chose de surajouté à droite où la région est extrêmement douloureuse, éveillant l'idée d'une péritonite.

On ne fait pas de diagnostic précis, mais on pense à une hématocèle péri-utérine.

Laparotomie, le 20 mai (M. Reclus, M. Pétron interne). — A l'ouverture du péritoine il s'écoule un liquide hémato-purulent; on aperçoit alors un kyste affaissé, noirâtre, infiltré, éveillant l'idée de la face utérine d'un placenta. Il s'agit d'un *kyste rompu* dans le péritoine qui contient environ 100 à 200 gr. de liquide noirâtre, épais, gélatiniforme. En soulevant le kyste, on voit que son pédicule est gros, noirâtre, rattaché à la corne utérine droite ; il est tordu une fois et demi sur lui-même, de droite à gauche ; pour le ramener à la rectitude, on doit le détourner trois fois. Ligature du pédicule à la soie plate. Toilette du péritoine. Sutures. Le soir, température 39°.

Le 22. Temp. 38° le matin, 39° le soir : la malade est abattue et se plaint de gêne respiratoire.

Le 23. Point du côté droit, gêne respiratoire. On entend de fins craquements à la base droite.

Le 24. La malade a une *vomique* et vide un abcès qui s'était formé à la base droite du poumon. L'examen bactériologique n'a pas été pratiqué.

1er juin. Apyrexie complète.

Le 15. La malade se lève guérie. Réunion complète.

Observation VIII (M. Lanelongue, 12 avril 1896. *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Bordeaux).*

Tumeur kystique ovarique rompue dans l'abdomen. — Épanchement purulent. — Laparotomie. — Guérison.

Une jeune fille de 21 ans m'est envoyée de Luchon en janvier dernier, pour une tumeur abdominale. A l'âge de 16 ans, son ventre a commencé à grossir ; ses règles, qui sont survenues depuis, ont constitué chaque mois une petite hémorrhagie jusqu'en juin dernier où elles ont cessé. Dès lors le développement abdominal est devenu plus considérable : la malade a maigri et son aspect grêle et infantile contraste avec le volume anormal de son abdomen. On trouve tous les caractères d'une ascite considérable, mais on reconnaît que derrière l'ascite existe une tumeur volumineuse probablement ovarique qui plonge dans l'excavation pelvienne.

Une ponction est pratiquée pour évacuer cette ascite. Pendant cette ponction, on voit s'écouler alternativement un flot de liquide limpide et un flot de liquide purulent. On en retire ainsi 12 litres dont un sixième au moins est constitué par du pus. On peut ensuite explorer la tumeur qui est mobile, en bissac, constituée par une partie inférieure solide et une partie supérieure grosse comme une tête d'adulte, rénitente, kystique.

On se décide à intervenir.

Laparotomie. — L'ablation de la tumeur est pratiquée sans difficulté; elle est munie d'un très long pédicule. Elle présente deux portions très nettes : en bas une partie solide sarcomateuse, en haut une loge kystique pleine de pus, percée à sa partie supérieure d'un petit *orifice* par lequel s'écoulait dans le péritoine le liquide purulent.

Il n'y eut aucune réaction péritonéale, pas de fausses membranes, tout au plus la séreuse avait-elle dans le voisinage une teinte un peu plus foncée.

Après quelque hésitation, je referme la cavité abdominale sans drainage, considérant que si le péritoine avait depuis un certain temps déjà subi sans réagir le contact de ce liquide purulent, c'est que ce dernier était complètement stérile. La guérison a été complète et rapide.

Le pus, examiné au microscope, contenait des streptocoques et des staphylocoques. Malheureusement il n'a pas été fait de cultures. Néanmoins il est permis de penser que, ainsi qu'on l'a signalé pour le pus des trompes et du foie, celui-ci était stérile malgré la présence de ces microorganismes.

Observation IX (A. Boursier. Communication à la *Société de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie de Bordeaux*, 1897.)

Rupture spontanée d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche avec ascite gélatineuse. — Ovariotomie. — Guérison.

Mme Marie C..., de Pissos (Landes), âgée de 55 ans, est amenée dans mon service de l'hôpital Saint-André le 10 mai 1886, par mon collègue et ami le professeur agrégé Villar, qui a eu déjà l'occasion de l'opérer il y a quelques années. Avant d'étudier son état actuel, il est utile de rappeler en quelques mots son histoire. Elle a eu autrefois deux grossesses, à 22 et à 27 ans, terminées toutes deux par un accouchement à terme dont les suites ont été nor-

males, bien que la malade soit restée à peine deux ou trois jours au lit chaque fois. Elle a cessé d'être réglée à 28 ans, à la suite d'un refroidissement, et, depuis, ses règles n'ont jamais reparu.

A partir de cette époque elle fut souvent prise de douleurs abdominales assez vives localisées au côté gauche, augmentant par la fatigue, diminuant au contraire par le repos. Cet état douloureux persista environ pendant douze ans, jusqu'au mois de mars 1890.

A ce moment les douleurs augmentèrent et la malade vit apparaître dans son ventre une tumeur qui s'accrut assez rapidement et atteignit bientôt le volume d'une grossesse à terme. Cette tumeur amena une gêne marquée de la respiration et des troubles dans les fonctions stomacale et intestinale. L'état général devint mauvais, la malade s'amaigrit et la faiblesse était telle, que son médecin la considérant comme perdue l'envoya à l'hôpital Saint-André. Le voyage fut très pénible; Mme C... fut placée dans le service de M. le professeur Villar qui reconnut l'existence d'un kyste ovarique et pratiqua immédiatement l'ovariotomie. Il s'agissait d'un kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Les suites de l'opération furent des plus simples et la malade quitta l'hôpital complètement guérie.

La santé se maintint excellente jusqu'en octobre 1895. Tout au plus éprouvait-elle un peu de gêne et de douleur dans le bas-ventre quand elle travaillait beaucoup. Au mois d'octobre 1895, un jour qu'elle faisait dans les champs un travail pénible, elle ressentit tout à coup des coliques très violentes, brusquement suivies de *l'évacuation par le rectum* d'une abondante masse d'un liquide que la malade compare comme qualité et comme quantité aux eaux de l'amnios. Les douleurs se calmèrent au bout de quelques heures et Mme C... put continuer à travailler. Jusqu'au mois de janvier elle ne ressentit plus que quelques coliques intermittentes de courte durée. Mais à partir du 5 janvier 1896, les coliques disparaissent et sont remplacées par une douleur sourde généralisée à peu près à tout l'abdomen, et qui empêche la malade de marcher et de travailler; en même temps l'abdomen commence à augmenter de volume. Bien qu'il n'y ait aucun trouble fonc-

tionnel autre qu'une perte progressive de l'appétit, elle s'affaiblit de nouveau, maigrit rapidement pendant que son ventre continue à se développer. Son médecin l'envoie à notre collègue M. Villar qui, après l'avoir examinée, la conduit dans mon service où elle rentre le 10 mars 1896.

A l'examen, on constate que le ventre est volumineux, arrondi, pointant en avant; il est peut-être un peu plus saillant dans sa moitié gauche. La tension des parois abdominales en rend la palpation assez difficile, cependant on peut sentir dans toute la moitié gauche une sorte de masse pâteuse diffuse, ne permettant de circonscrire sur aucun point une tumeur véritable, nettement limitée. La percussion démontre que tout le côté gauche de l'abdomen est mat, tandis que le côté droit présente la sonorité intestinale ordinaire. La limite de la matité est représentée par une ligne qui partant de l'extrémité antérieure de la neuvième côte gauche, se dirigerait de là vers l'ombilic pour aller gagner ensuite le milieu de l'arcade crurale droite. Cette zone de matité gauche est fixe; à peine si dans les divers décubitus dorsaux et latéraux sa limite supérieure se déplace de 1 centim., mais sans présenter les déplacements que peut subir le liquide de l'ascite.

Sur toute cette zone mate la pression est un peu plus douloureuse que sur le reste de l'abdomen et la douleur est augmentée quand on relâche brusquement la paroi abdominale pressée. Très profondément il semble que l'on perçoive une vague fluctuation.

Le toucher vaginal et le toucher rectal ne donnent aucun renseignement. L'utérus, sénile, est mobile et sain : les culs-de-sac sont libres et on n'y trouve rien à signaler. Il y a une légère adénite inguinale. A droite, on voit la cicatrice d'une cure radicale de hernie crurale, tandis qu'à gauche la hernie existe, mais peu développée et facilement réductible. La malade se plaint d'être popressée ; elle fait 30 inspirations à la minute. On ne constate, à l'auscultation, rien d'anormal dans les poumons, ni dans le cœur, sauf un peu d'arythmie cardiaque.

En présence de ces symptômes, notre diagnostic était assez hésitant, les signes physiques n'étant pas ceux d'une véritable

tumeur abdominale dont on ne pouvait déterminer ni la forme exacte, ni les contours ; de plus, la mollesse particulière de la zone mate de l'abdomen et son étendue nous faisaient penser, à M. Villar et à moi, que nous avions peut-être affaire à un cas de maladie gélatineuse du péritoine, affection décrite en 1871 par Péan, et dont les observations sont si rares que plusieurs auteurs mettent en doute son existence comme individualité pathologique.

Néanmoins, étant donnés la faiblesse progressive de cette malade, ses troubles respiratoires évidemment mécaniques et l'augmentation graduelle de son ventre, nous nous sommes crus suffisamment autorisés, malgré l'absence d'un diagnostic ferme, à pratiquer la laparotomie pour aller enlever la tumeur soupçonnée.

L'opération eut lieu le 15 mars 1896, avec l'aide de M. le professeur agrégé Villar.

A peine avais-je incisé la paroi abdominale dans la cicatrice de l'ancienne laparotomie, que nous vîmes sortir une quantité considérable de substance *gélatineuse*, colloïde, pâteuse, de coloration jaune ambré et absolument transparente. Cette masse colloïde remplissait le petit bassin, la fosse iliaque gauche et remontait du même côté dans toute la région que nous avions trouvée mate à la percussion. Son ablation fut assez difficile, car elle n'était pas assez liquide pour s'écouler naturellement ; nous fûmes obligés de l'enlever à pleines mains au moins pour la majeure partie. Il y en avait au minimum 2 litres.

Après avoir placé la malade dans la position de Trendelenburg, nous avons pu, avec des compresses aseptiques et sèches, faire, autant que cela a été possible, la toilette du petit bassin, forcément rendue très incomplète par la viscosité et l'adhérence de cette sorte de gelée. Pendant ce nettoyage nous avons trouvé dans la moitié gauche du bassin une tumeur arrondie, à peu près du volume d'une tête de fœtus et baignant complètement dans ce liquide gélatineux.

C'était un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, à parois minces, et qui portait vers sa partie interne une *déchirure* arrondie

de la dimension d'une pièce de 5 francs environ, par laquelle son contenu se déversait dans le péritoine. Toutes les cavités, d'ailleurs très multipliées de la tumeur, contenaient une substance gélatineuse, analogue à celle qui était épanchée dans le ventre et qui provenait en grande partie de sa rupture.

Le kyste n'avait aucune adhérence avec les intestins ou la paroi abdominale. Il baignait au milieu du liquide colloïde épanché, lequel, sans avoir été enkysté par aucune néo-membrane, était resté localisé dans la partie gauche de l'abdomen et avait, comme une tumeur solide, refoulé vers la droite toutes les anses intestinales. Le péritoine pariétal est sain, il n'y a aucune trace de péritonite. Toutes les anses intestinales en contact avec la gélatine épanchée sont un peu plus vascularisées que les autres ; leur surface est dépolie et comme chagrinée. Après avoir excisé le kyste, son pédicule est lié et rentré, puis le ventre est fermé par trois plans de suture en surjet ; mais auparavant nous avons pu examiner le pédicule de l'ancien kyste ovarique, enlevé en 1890 par M. Villar. Ce pédicule était absolument sain, isolé et sans aucune adhérence avec les parties voisines.

Les suites opératoires ont été des plus simples. La malade a éprouvé fort peu de choc opératoire ; elle n'a pas eu de vomissements chloroformiques. Pendant les deux ou trois premiers jours la température a dépassé 38°, mais il n'y a eu aucune complication inflammatoire, ni septique. Le 23 mars, toutes les sutures ont été enlevées et aujourd'hui la malade peut être considérée comme guérie : elle commence d'ailleurs à se lever.

Le kyste enlevé a été examiné au point de vue histologique au laboratoire des cliniques de la Faculté. Il présentait tous les caractères des kystes multiloculaires de l'ovaire ; c'est un épithélioma mucoïde. Nous avons déjà dit que le liquide contenu dans les cavités non ouvertes de la tumeur était absolument semblable à celui qui était épanché dans la cavité abdominale et dont nous donnons ci-joint l'analyse chimique faite par M. le professeur agrégé Barthe, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-André.

Analyse du liquide d'ascite gélatineuse.

Quantité de liquide fourni, 320 grammes. Densité, 1024. Couleur jaune pâle. Consistance de gelée. Aspect transparent. Réaction neutre. Extrait à 100°. 58 gr. 65 par litre. Matières organiques, 49 gr. 80. — Matières minérales, 8 gr. 85. — Matières albuminoïdes totales, 46 gr. 70. — Sérine, 23 gr. 10. — Globuline, 12 gr. 30. — Paralbumine, 11 gr. 30. — Urée en petite quantité. Cholestérine. — Chlorure de sodium, 7 gr. par litre. Phosphate et sulfate en faible proportion.

Cette analyse nous démontre que la matière épanchée dans le ventre présente tous les caractères ordinaires des liquides des kystes ovariques. Enfin, nous avons pensé qu'il était bon de le faire examiner aussi au point de vue bactériologique. Un échantillon pris immédiatement après l'opération dans le bassin où le contenu de l'abdomen avait été recueilli et laissé à l'air libre a été porté à mon collègue, le professeur Féré, qui a seulement constaté la présence de quelques microcoques de l'air provenant certainement de la manière dont le liquide avait été recueilli.

Observation X (Dr Moulonguet, *Écho médical du Nord*, n° 23, 20 juillet 1897, page 272).

Ruptures spontanées successives d'un kyste uniloculaire de l'ovaire gauche. — Difficultés du diagnostic. — Ascite gélatineuse. — Ovariotomie. — Guérison.

La nommée Irma H..., 57 ans, sans antécédents morbides héréditaires ni personnels connus, n'est plus réglée depuis deux ans. Depuis quelques années elle se plaint de douleurs lombaires supportables ne s'exaspérant qu'aux périodes menstruelles. Il y a un an, au mois de juin 1896, elle s'aperçut que son ventre grossissait d'une façon rapide en lui occasionnant des douleurs violentes dans les hypocondres ; bientôt elle eut de la gêne pour respirer, il lui fut impossible de continuer son travail. Elle s'alarma, fit appeler son médecin, le Dr Caussin, de Rosières-de-Picardie, qui constata

un gros ventre et la présence d'une tumeur liquide. Il nous l'adressa à l'hôpital le 20 juillet, mais la malade vint trop tard pour nous consulter et retourna chez elle. Le 26 juillet, elle est prise d'une perte utérine assez abondante qui dura quatre jours et à laquelle elle n'attacha aucune importance, croyant au retour de ses règles disparues depuis un an. Le 1er août elle se met à *uriner* très fréquemment toutes les demi-heures, elle rend une quantité considérable d'urine, elle voit son ventre s'affaisser progressivement et complètement; elle est envahie d'un grand bien-être, tous ses malaises cessent et elle semble revenue à la santé.

Quelques jours après, elle est reprise des mêmes phénomènes morbides, douleurs, étouffements, impotence, et de nouveau son ventre grossit rapidement. Puis le 8 octobre et comme la première fois, nouvelle débâcle précédée de *pertes utérines* accompagnées d'émissions d'urines très abondantes et suivie d'un retour du ventre à l'état normal.

Une troisième fois le ventre grossit, les douleurs reparaissent jusqu'au 26 décembre où, avec une nouvelle émission d'urine considérable, se termine cette troisième évolution des phénomènes morbides.

Elle vient me consulter le 4 janvier dernier, c'est-à-dire dix jours plus tard. Je l'examine avec grand soin et ne trouve rien d'anormal dans son ventre. En présence des détails précis qu'elle me fournit, devant la rapidité avec laquelle grossit son ventre qui diminue dès que survient une diurèse abondante, je pense à une *hydronéphrose intermittente*, je la renvoie chez elle et lui recommande de revenir si les accidents se reproduisent.

Elle entre dans mon service le 21 avril, amenée par une quatrième poussée de son affection. Elle souffre, urine très peu. Son ventre est gros et douloureux à la palpation, manifestement rempli par une tumeur liquide non fluctuante, médiane, quoique plus saillante à droite où elle proémine dans l'hypocondre droit.

Elle est lisse, régulière, sans bosselures. Le petit bassin est absolument libre; il n'y a rien dans les culs-de-sac; l'utérus est mobile. Me rappelant les commémoratifs si précis de la malade et

mon examen négatif du mois de janvier ; voyant cette tumeur volumineuse développée, au dire de la malade, en quelques jours ; sachant qu'elle se développe pour la quatrième fois dans des conditions analogues avec un volume sensiblement pareil et qu'elle disparaît au moment d'une abondante émission d'urines, je porte le diagnostic d'hydronéphrose intermittente droite.

Je fais la LAPAROTOMIE MÉDIANE le 29 février, me réservant d'approprier mon genre d'intervention à l'état des reins et à la cause de l'hydronéphrose. Je tombe sur un kyste de l'ovaire, uniloculaire, à parois extrêmement minces, transparentes, contenant 5 à 6 litres d'un liquide clair comme de l'eau et de consistance gélatineuse. Il est développé aux dépens de l'ovaire gauche ; son pédicule est très long et tout mince ; il est tout entier dans la grande cavité abdominale et ne plonge pas dans le petit bassin. Mon intervention s'est donc trouvée réduite à une ovariotomie des plus simples. Les suites ont été normales et la malade est rentrée chez elle guérie.

La minceur extrême des parois, la nature gélatineuse de ce kyste expliquent bien sa tendance aux *ruptures successives*. La poche étant déjà formée, on comprend comment il pouvait atteindre en quelques jours un volume considérable. Je me suis également rendu compte pourquoi mon examen du mois de janvier avait été négatif. Le kyste était uniloculaire, se vidait complètement à chaque rupture, et j'avais vu la malade dix jours après le dernier de ces accidents, c'est-à-dire au moment où le liquide, sorti de sa poche et épanché dans le péritoine, était complètement résorbé et où il n'y avait plus d'ascite, et au moment où le kyste trop récemment vidé n'était pas encore reformé. Il ne restait donc plus que ses parois, d'une minceur et d'une souplesse extrêmes, perdues au milieu des anses intestinales, ne plongeant même pas dans le petit bassin, et je ne m'étonne nullement de ne les avoir point senties.

Observation XI (Dr Moulonguet, *Echo médical du Nord*, n° 23, 20 juin 1897, page 272).

Rupture spontanée d'un kyste de l'ovaire droit chez une femme enceinte. — Végétations intra-kystiques. — Ascite. — Ovariotomie. — Guérison.

Une femme de 29 ans, Berthe S..., m'est adressée par le Dr Chevallier. Cette femme, qui a les apparences d'une bonne santé, a un enfant de 3 ans et demi bien portant. Elle se plaint depuis une quinzaine de mois de pesanteur dans la fosse iliaque droite qui devient douloureuse au palper, pendant la marche et au moment des rapports sexuels. Elle dit percevoir elle-même dans son côté, depuis quelques temps, une grosseur qui augmente de volume. Ces phénomènes attiraient bien son attention, mais elle n'eut vraiment d'inquiétude sérieuse qu'au mois de mars, lorsqu'elle s'aperçut de la disparition de ses règles.

Elle vint me consulter dans les premiers jours du mois de mai. Le volume de l'utérus, le ramollissement du col, l'aspect violacé de la muqueuse vulvaire, les modifications des seins me firent reconnaître sa grossesse. Mais à côté de l'utérus, accolé à lui, quoique pouvant s'en distinguer, je sentais par le palper et le toucher une masse de consistance souple, immobile, paraissant enclavée dans le petit bassin et débordant dans la fosse iliaque droite. C'était la tumeur que la malade connaissait et percevait en appliquant la main sur la région. Je diagnostiquai kyste de l'ovaire chez une femme enceinte et proposai l'intervention.

Elle entra dans mon service le 11 mai, nous déclarant que depuis la veille, sans qu'elle eût éprouvé de douleur, sans qu'il fût survenu rien d'anormal, son ventre avait sensiblement diminué de volume et qu'elle ne sentait plus sa tumeur. En effet, s'il était toujours facile de reconnaître son utérus gravide, la masse qui lui était accolée s'était bien modifiée et n'était plus repré-

sentée que par une petite tumeur mobile qu'on déplaçait par le toucher combiné au palper et qui avait le volume d'une mandarine.

J'ai *opéré* cette malade le 14 mai, sur le plan incliné. L'utérus gravide s'est présenté de suite avec ses gros faisceaux de fibres musculaires hypertrophiés. Ma main introduite dans la fosse iliaque droite, a ramené sans aucune difficulté le *kyste de l'ovaire perforé*. Cette perforation était angulaire, avait 1 centim. d'étendue. Sa forme angulaire était probablement due à la rétraction des parois. Ses bords étaient amincis, noirâtres, ecchymotiques. Elle laissait échapper encore quelques gouttes de liquide kystique, clair, séreux. Ce kyste à parois épaisses avait sa face interne uniformément tapissée de végétations papillaires rouges, pressées, tassées les unes contre les autres, lui donnant un aspect grenu. Il était développé sur le bord externe de l'ovaire droit, semblant lui former une sorte de prolongement, de diverticule, alors que le reste de l'organe paraissait normal. Si dans notre observation précédente (X), la rupture du kyste pouvait être attribuée à la minceur extrême des parois, dans le cas actuel il n'en était plus de même, la perforation était sans doute due à une érosion produite par une des végétations papillaires. En tout cas, dans aucun des deux faits il n'est permis d'invoquer ni le traumatisme, ni la torsion du pédicule.

Après m'être assuré que les annexes du côté gauche étaient saines, j'ai enlevé en même temps que le kyste l'ovaire et la trompe droites, considérant que la continuité du kyste avec l'ovaire pouvait faire concevoir des doutes sur l'intégrité apparente de cet organe. On conçoit facilement que j'aie ensuite porté tous mes soins dans la suture des parois de cet abdomen qui va être distendu par la grossesse en cours. J'ai fendu la gaine des muscles droits pour les isoler. Un premier plan de sutures continues au catgut a réuni le péritoine, son fascia et la paroi profonde de la gaine des muscles droits. Les muscles droits ont été directement juxtaposés par des sutures au catgut très rapprochées. Au-dessus d'eux j'ai refermé par un plan de sutures la paroi antérieure de la gaine des

droits. Enfin des crins de Florence profonds et superficiels ont réuni le tissu cellulaire et la peau.

Les suites ont été normales. L'évolution de la grossesse ne paraît avoir été troublée en rien par cette intervention. Il n'y a eu ni coliques, ni douleurs lombaires. La suture abdominale est bien solide et la malade a quitté l'hôpital le 7 juin.

Observation XII (Dr Guinard, in thèse Arnal, 1897).

Volumineux kyste multiloculaire de l'ovaire. — Rupture du kyste par le massage. — Ovariotomie. — Guérison.

En décembre 1895, je suis appelé par le Dr Lesage auprès d'une malade âgé de 54 ans, Mme A..., qui porte depuis deux ans une volumineuse tumeur abdominale. Cette tumeur est très dure et plusieurs chirurgiens ont pensé à un *fibrome utérin*. Au moment où je la vois, le doute n'est plus permis, car elle est nettement fluctuante à droite de la ligne médiane, au niveau d'une bosselure apparue récemment. Je conseille la laparotomie.

Les jours suivants, la malade, circonvenue par des voisins, se met entre les mains d'une femme qui lui promet de la guérir par le massage. A la treizième séance, l'imprudente masseuse sent une partie de la tumeur fuir sous ses doigts ; la malade est prise dès le soir de vomissements avec douleurs abdominales vives. Le 29 septembre, quarante-huit après cet incident, je pratique la laparotomie et je trouve les intestins baignant dans un liquide chocolat visqueux très épais. Une poche est flasque et *rompue*. Le reste du kyste est aréolaire et pèse 35 kilogrammes. Je place un drain dans l'angle inférieur de la plaie après avoir essuyé avec soin les anses intestinales avec des tampons secs. Le drain put être enlevé au bout de vingt-quatre heures ; la guérison est parfaite et se maintient actuellement (malade revue en mai 1898, deux ans et demi après l'opération).

Observation XIII (A. Kœppen. Zur ruptur der Ovarialkystome. *Münchener medicinische Wochenschrift*, 1899, n° 26, p. 250).

Kyste multiloculaire à contenu colloïde. — Rupture spontanée.

Il s'agit d'une femme de 43 ans qui fut transportée à l'hôpital pour des accidents fort graves : douleur subite dans le ventre qui ne tarda pas à se ballonner exagérément, température élevée, facies très altéré, œdème des membres inférieurs, albuminurie, etc.

Une intervention chirurgicale fut aussitôt jugée indispensable. Le ventre ouvert, on trouva la cavité péritonéale distendue par un liquide d'apparence ascitique dans lequel nageaient une infinité de masses gélatineuses : au milieu de celles-ci on tomba sur un lambeau ayant l'aspect d'une poche kystique vidée, à la surface de laquelle adhéraient plusieurs kystes gros comme des têtes d'enfant et remplis de substance colloïde. Il existait aussi des adhérences solides entre la poche dont nous venons de parler, la paroi abdominale et les annexes gauches. Ablation des tumeurs et toilette du péritoine, puis fermeture de la paroi.

Vers le septième jour, quelques points de suture ayant lâché, on ne fut pas peu surpris de voir plusieurs litres de liquide s'échapper à travers la solution de continuité pariétale : c'était de la sérosité louche renfermant quelques petites masses colloïdes. Il s'établit alors une fistulette qui laissa sourdre du liquide pendant environ dix-huit jours, puis tout rentra dans l'ordre ; la fièvre, qui s'était rallumée en même temps qu'était apparue la fistule, tomba dès que la plaie se fût cicatrisée ; l'albumine, les œdèmes disparurent aussi et la malade put quitter l'hôpital le trente-septième jour de son opération.

L'examen histologique des pièces extirpées montra qu'il s'agissait d'un kyste multiloculaire à contenu colloïde dont la *principale poche s'était spontanément rompue*.

Observation XIV (Dr Guinard, in thèse Arnal, 1897).

Kyste dermoïde de l'ovaire gauche ouvert dans le côlon.

Le 20 juillet 1893, M. Guinard est appelé par le Dr Lallot (de Saint-Pourçain) à voir une malade habitant Ceysset, dans l'Allier. Cette femme, âgée de 37 ans, porte depuis quinze ans une tumeur dans le ventre. Malgré les avis du Dr Lallot qui avait depuis longtemps conseillé une laparotomie, la malade avait suivi les avis d'autres médecins qui avaient diagnostiqué à tort une tumeur fibro-kystique de l'utérus et avaient rejeté toute intervention chirurgicale.

Quand le Dr Guinard voit la malade, elle est depuis deux ans au lit et ne peut se lever qu'au prix des plus vives douleurs. Elle a deux enfants qui vivent encore, l'un a 16 ans, l'autre a 15 ans. C'est à la suite de sa dernière couche qu'elle a commencé à souffrir dans le ventre, mais ce n'est que depuis quatre ans, que son ventre a commencé à grossir. Les règles ont toujours été abondantes et depuis deux ans ce sont de véritables ménorrhagies qui affaiblissent beaucoup la malade. Elle est dans un état de maigreur et de cachexie ovarienne extrêmement prononcées. Néanmoins M. Guinard l'engage à venir au plus tôt à Paris. Il porte le diagnostic de kyste dermoïde de l'ovaire (à cause de la lenteur de l'évolution du kyste, des douleurs spontanées si vives et du jeune âge de la malade).

La malade arrive le 10 août 1893 à Paris : elle est prise aussitôt de vomissements verdâtres et de diarrhée incoercible. En examinant ses matières, on s'aperçoit qu'elles sont constituées par un liquide grisâtre puriforme, infect, contenant des paquets de cheveux en quantité considérable. Le diagnostic de kyste dermoïde est donc vérifié et il est clair que c'est le long voyage en chemin de fer qui a déterminé *la rupture du kyste dans l'intestin*

Sur les instances de la famille, M. Guinard se décide à intervenir malgré l'état précaire de la malade.

L'opération est faite le 21 août 1893. Le kyste principal siège dans l'ovaire gauche et s'ouvre largement dans le *côlon transverse* à sa partie moyenne. Le côlon est séparé avec peine de la poche et de nombreuses sutures intestinales à la soie ferment la solution de continuité. La tumeur peut alors être enlevée, malgré des adhérences multiples aux anses de l'intestin grêle. Dans l'ovaire droit on trouve aussi un kyste dermoïde du volume d'un œuf de dinde : on l'enlève rapidement. La malade succombe quatre heures après l'opération qui avait duré une heure et demie.

Observation XV (Professeur Tillaux, *Soc. de chirurgie*, séance du 8 octobre 1879).

Kyste de l'ovaire rompu spontanément dans la vessie.

Il s'agit d'une femme de 34 ans que j'ai opérée le 30 mai, aux environs de Paris.

Le kyste était assez volumineux, puisqu'il contenait 12 litres de liquide et avait été ponctionné plusieurs fois. Mais en interrogeant la malade, j'appris que ce kyste avait deux fois *disparu spontanément*, et d'après les détails donnés par la malade le kyste s'était vidé dans la vessie. Je rencontrais donc un cas de kyste déhiscent dans la vessie, cas qui ne sont pas très rares et dont j'avais eu, il y a peu de temps, l'occasion d'observer un exemple dans mon service, où l'on avait apporté une malade présentant des symptômes de péritonite aiguë. Cette femme racontait qu'elle avait une bosse dans le ventre qui s'était rompue la veille. La guérison fut complète.

Ma seconde malade fut moins heureuse, puisque le kyste se rompit de nouveau, et je me décidai à pratiquer l'ovariotomie.

L'opération fut pratiquée par le procédé ordinaire avec le pansement de Lister dans toute sa pureté; je ne rencontrai quelques adhérences qu'à la partie antérieure que je détruisis facilement ;

mais lorsque je fis basculer le kyste en avant, je m'aperçus que j'entraînais la vessie.

Il me fut impossible de séparer cette adhérence, il existait une fusion complète de la paroi postérieure de la vessie et du kyste. Je fendis alors le kyste et, avec des ciseaux, je découpai la portion de la paroi du kyste adhérente à la vessie, je laissai ainsi une véritable *pièce* à la paroi postérieure de la vessie.

Cette portion de la paroi était tellement vasculaire qu'il me fallut presque une demi-heure pour obtenir une hémostase complète.

Malgré ces deux circonstances particulières, déhiscence du kyste dans la vessie et adhérence si intime du kyste et de la vessie que je fus forcé de laisser un morceau de la paroi du kyste, la guérison ne présenta aucun accident et j'obtins une réunion totale par première intention.

Observation XVI (Grosse, de Halle, *XXVII*e *Congrès allemand de chirurgie*, 1899).

Kyste dermoïde de l'ovaire droit rompu dans le rectum.

La pièce présentée par l'auteur a été extraite par le rectum à une femme de 36 ans, dans les circonstances suivantes :

A son dernier accouchement, après la rupture des membranes et en même temps que se produisaient des contractions utérines violentes, on voit sortir par l'anus une tumeur du volume d'une pomme : celle-ci fut incisée, il s'en écoula du pus et des corpuscules riziformes, puis l'accouchement se termina sans encombre.

Peu après la malade entra à la clinique de Halle, parce qu'à la suite de chaque garde-robe, une petite touffe de poils lui sortait de l'anus. Elle fut opérée et guérie.

Observation XVII (M. Demons, *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Bordeaux*, 12 décembre 1899, et *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 1, 7 janvier 1900).

Kyste de l'ovaire inclus dans le ligament large. — Rupture de ce kyste. — Ascite. — Ovariotomie. — Guérison.

Il s'agit d'une femme qui paraissait être atteinte d'un kyste ovarien banal. J'allais l'opérer lorsque je me trouvai en présence d'une ascite. Comme cet accident est arrivé déjà deux fois devant moi, j'attribuai d'abord cet état aux pressions trop vigoureuses exercées par mes aides pendant la toilette antiseptique.

Néanmoins je pratiquai l'intervention et je m'aperçus alors que le péritoine était très rouge, ce qui m'indiquait que le liquide avait fait un séjour assez long dans la cavité péritonéale. En effet, en interrogeant la malade, j'appris que deux jours auparavant elle avait reçu un violent coup de coude dans le flanc, mais qu'elle n'avait pas autrement souffert.

Voilà donc un nouveau fait qui vient s'ajouter aux ruptures des kystes ovariens dans la cavité péritonéale *sans accident*. C'était un kyste de l'ovaire inclus dans le ligament large, et malgré le ligament ovarien et le ligament large, la rupture ne s'en est pas moins produite. Les feuillets ovarien et péritonéal étaient extrêmement minces et j'ai eu beaucoup de peine à pratiquer la décortication. Il s'est produit une telle effusion de sang que j'ai été obligé de pratiquer le drainage par la voie abdominale. Les suites opératoires ont été parfaites : la malade est complètement guérie.

Observation XVIII (M. Wins, *Nord médical*, 1er décembre 1896).

Kyste parovarien, hyalin, rompu dans la cavité péritonéale. — Guérison sans opération.

La malade porteur de ce kyste, âgée maintenant d'environ 50 ans, a consulté Kœberlé il y a quelque 25 ans. Kœberlé fit une ponction qui laissa s'écouler, nous dit-elle, un liquide clair, eau de roche, et après examen de ce liquide refusa de l'opérer.

Le kyste se remplit assez rapidement, mais depuis ne semble pas avoir augmenté de volume d'une façon bien sensible, puisqu'elle le porta durant 20 ans et le porta très allègrement.

J'avais eu l'occasion d'examiner le ventre qui avait largement le volume d'un ventre de grossesse à terme et où le kyste se dessinait très nettement. Conseiller alors une opération radicale était chose inutile, puisque, comme la malade me le disait très justement, elle y était habituée, et puis elle jouissait d'une santé parfaite.

En octobre 1889, elle glissa d'un carrelage très uni, tomba sur le ventre, ne ressentit aucune douleur, mais à peine relevée constata immédiatement que le ventre n'était plus tendu et avait changé de place.

Cette brave dame faisait en ce moment la lessive, elle se remit à l'œuvre une heure durant, puis se coucha, et me fit appeler, tout simplement, me dit-elle, pour la tranquilliser et lui dire ce qui venait de se passer.

L'abdomen avait en effet changé de forme et était devenu un ventre d'ascite avec tous les signes de cette dernière.

Je lui conseillai naturellement le repos, la diète, et nous attendîmes. Le *rein* se chargea d'évacuer rapidement le liquide épanché.

Dès les premières vingt-quatre heures qui suivirent la rupture, il y eut 8 litres d'urine ; dans les deuxièmes, 7 litres ; dans les troisièmes,

6 litres et demi ; dans les quatrièmes, 4 litres et demi ; dans les cinquièmes, 3 litres ; dans les sixièmes, 2 litres ; puis tout rentra dans les proportions normales.

Cette urine était claire, alcaline, ne renfermait ni albumine, ni sucre, contenait peu d'urée, mais était très riche en sels minéraux.

Les suites de cet accident furent des plus simples : jamais la moindre réaction et huit jours après, cette dame reprenait ses occupations, débarrassée de son abdomen volumineux.

Le ventre ne redevint pas gros et j'attendis six mois avant de faire un examen complet qui fut négatif d'ailleurs, car il me fut impossible de retrouver la moindre trace de ce kyste qui était absolument disparu.

Il s'agissait dans ce cas d'un kyste parovarien hyalin : quelques raisons entre autres l'indiquent : *a)* la ponction faite par Kœberlé amenant un liquide clair, eau de roche ; *b)* le refus d'opérer qu'éprouva la malade, refus qui semble, à mon avis, indiquer que Kœberlé n'avait pas diagnostiqué un kyste de l'ovaire, car il eût fait alors l'opération ; *c)* la longue durée de ce kyste n'amenant avec lui aucun des troubles locaux et généraux qui accompagnent toujours le développement d'un vrai kyste de l'ovaire.

Observation XIX (M. Gross, in thèse Duffner, Nancy, 1892-93).

Kyste parovarique. — Rupture spontanée dans le péritoine. — Guérison sans intervention.

Mme A. H..., de B... (Meuse), âgée de 36 ans, couturière, entre au service de M. le professeur Gross le 16 juin 1891.

Antécédents personnels et héréditaires nuls. Réglée à 14 ans. Les règles sont régulières et durent trois à quatre jours. Légère leucorrhée dans l'intervalle. Mariée à 21 ans. Trois grossesses et accouchements normaux avec suites de couches bonnes. Il y a

quatre ans, une quatrième grossesse s'est terminée par l'accouchement à 7 mois et demi d'un enfant mort.

Depuis six mois, la malade remarque une augmentation de volume de l'abdomen et éprouve de temps à autre quelques douleurs lancinantes dans le bas-ventre avec des irradiations vers l'anus. Les règles continuent à être normales. Le médecin de la malade constate l'existence d'une tumeur abdominale augmentant assez rapidement de volume.

État actuel. — A son entrée au service, Mme H... présente dans l'abdomen une tumeur assez volumineuse s'étendant du pubis à l'ombilic, un peu inclinée vers le côté droit, régulièrement ovoïde, mate à la percussion, rénitente. On ne constate pas de fluctuation nette. La tumeur paraît mobile. Pas de gêne de circulation des parois abdominales. Au toucher, on sent un col ferme, irrégulièrement déchiré. Dans le cul-de-sac antérieur, on atteint la tumeur ; les autres culs-de-sac sont libres. La tumeur semble en connexion avec l'utérus qui est peu mobile. L'hystérométrie indique que la cavité utérine a une longueur normale. On conclut à l'existence d'un kyste ovarique.

Dans la *nuit* du 20 au 21 juin, la malade éprouva de légères douleurs dans le bas-ventre auxquelles elle prêta peu d'attention. Pas de malaise, pas de tendance à la syncope.

Le 21 au matin, elle s'aperçut que la tumeur avait *disparu*; dans la journée, elle sortit en ville.

Le 22, M. le professeur Gross examina la malade et constata également la disparition de la tumeur. Pas de signes d'épanchement dans le ventre, un peu de ballonnement. La malade n'avait présenté ni polyurie, ni diarrhée, ni écoulement d'aucune sorte par le vagin, ni séreux, ni sanguin. Rien de particulier les jours suivants.

La malade sortit de l'hôpital le 27 juin 1891. Le 1er mars, elle fut revue en bonne santé ; la tumeur ne s'était pas reproduite. Ce cas peut être considéré comme un exemple de *guérison spontanée* d'un kyste parovarique.

La rupture fut expliquée par l'augmentation rapide de volume et

la distension de la poche, peut-être par l'exploration chirurgicale. Il s'agissait sans doute d'un kyste parovarique, vu la connexion apparente que la tumeur avait présentée avec l'utérus et le manque absolu de phénomènes d'irritation péritonéale consécutivement à la rupture de la tumeur.

Observation XX (M. Lanelongue, *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Bordeaux*, 12 avril 1896).

Kyste parovarien rompu. — Guérison sans ovariotomie.

Une femme chez laquelle j'avais diagnostiqué un kyste du parovaire ne présentait aucune altération de l'état général. Le kyste paraissait uniloculaire. Je pratiquai une ponction exploratrice qui donna issue à 900 gr. d'un liquide visqueux, couleur *absinthe*, contenant de la cholestérine, de la paralbumine. La poche revint aussitôt sur elle-même et la tumeur disparut complètement.

Deux mois après, le liquide s'était reproduit : une ponction retira 1,200 gr. d'un liquide analogue. Le liquide s'étant reproduit une troisième fois, je décidai de faire l'ovariotomie.

Dans le courant de la nuit suivante, veille de l'opération projetée, la malade ressentit une impression douloureuse au niveau de la tumeur et le lendemain je ne trouvai plus trace de cette tumeur mais constatai à sa place un épanchement ascitique. Pas de fièvre. Pas de vomissements. Aucune réaction péritonéale. Cette fois la tumeur ne se reproduisit pas, l'ascite se résorba totalemen au bout d'un mois. J'ai *pu suivre la malade pendant deux ans* la guérison s'était maintenue.

Observation XXI (due au Dr Bouilly : obs. III, Contribution à l'étude des grosses tumeurs fibro-kystiques de l'utérus. *La Gynécologie*, décembre 1897 ; et thèse du Dr Demantké, Paris, 1897).

Fibrome kystique rompu. — Épanchement énorme dans la cavité péritonéale. — Hystérectomie abdominale. — Guérison.

Mme T..., âgée de 46 ans, entrée à Cochin le 26 août 1892, est une femme solide, bien constituée, ayant eu deux grossesses ; elle a commencé à constater une augmentation de volume de son ventre il y a deux ans, en même temps qu'elle éprouvait quelques légères douleurs. Mais c'est surtout depuis un an que le volume du ventre est devenu considérable. Actuellement, il est énorme : au niveau de l'ombilic, la circonférence = $1^m,40$; du pubis à l'ombilic, la distance = $0^m,40$; de l'ombilic à l'appendice xiphoïde, elle atteint $0^m,36$. Le ventre, très volumineux, est étalé au niveau des flancs en ventre de batracien ; la matité et la fluctuation sont très appréciables ; on reconnaît facilement une volumineuse ascite avec une tumeur sous-jacente. La cicatrice ombilicale est distendue par le liquide ; la paroi abdominale est infiltrée et présente de l'œdème et de grosses varices lymphatiques.

Laparotomie, le 4 mai 1892. — L'incision du péritoine laisse écouler environ 10 litres de sérosité rougeâtre ; ce liquide évacué, on a sous les yeux une poche du volume environ d'une grosse tête de fœtus, faisant partie d'un gros fibrome sous-jacent ; sur la partie gauche de la poche existe une *déchirure* ancienne de 7 à 8 centim. de long en forme de fente ; dans cette poche on trouve le même liquide que dans le péritoine. La partie solide fibromateuse sous-jacente à la poche est du volume environ d'une tête d'adulte ; elle est largement implantée sur la face antérieure et sur le fond de l'utérus.

L'hystérectomie supra-vaginale après ligature élastique est

pratiquée ; la pièce comprend en même temps les annexes des deux côtés : la trompe droite présente un hydrosalpinx du volume d'une mandarine.

Le pédicule, mince, représenté par la portion sus-vaginale du col, est réduit dans l'abdomen muni de son lien élastique.

Les suites opératoires sont très simples. Dans les premiers jours de juin, un écoulement purulent assez abondant se fait par le vagin sans aucun malaise, ni douleur ; la malade sort de l'hôpital le 25 juin et revient nous trouver trois semaines après, nous apportant le tube de caoutchouc qui est sorti du vagin le 14 juillet dans le liquide d'une injection.

Observation XXII, *inédite* (due au Dr Bouilly).

Végétations intra-kystiques de l'ovaire droit.— Hémorrhagies intra-kystiques accompagnées de poussées péritonéales avec exsudat simulant un kyste fissuré. — Ascite. — Ovariotomie. — Guérison.

La nommée P. C..., âgée de 38 ans, lingère, entre à l'hôpital Cochin le 5 novembre 1900, pavillon Velpeau, lit n° 15, pour des douleurs abdominales intenses. Réglée à 14 ans, normalement et assez régulièrement (durée des règles : trois jours environ). Perd un peu en blanc. A eu deux enfants. Accouchements normaux. Suites de couches normales.

Dernière grossesse il y a huit ans : la malade commence à souffrir pendant sa grossesse. La grossesse passée, les douleurs disparaissent.

Au commencement de l'année 1899, ces dernières se renouvellent à tel point qu'au mois d'août dernier, c'est-à-dire août 1900 cette femme est forcée de s'aliter. Depuis 1899, le ventre augmente progressivement de volume, reste stationnaire pendant un certain temps, puis diminue de diamètre et reprend peu à peu ses dimensions premières.

En éternuant, au mois d'août 1900, la malade ressent une douleur très violente dans le ventre qui, très dur auparavant, « se ramollit subitement », dit-elle. A la suite de cet incident, pendant deux jours, vomissements alimentaires, fièvre et gêne de la respiration. Tout rentre ensuite dans l'état normal.

Depuis quinze jours, le ventre a surtout augmenté de volume; au milieu de la nuit du 29 octobre, la malade est réveillée subitement par de violentes douleurs abdominales accompagnées d'affaissement du ventre, de fièvre et de vomissements.

Si l'état général est encore assez satisfaisant, il n'en est pas moins certain que tous ces symptômes ont causé beaucoup d'amaigrissement et d'affaiblissement. C'est dans cet état que la malade se présente à la consultation de l'hôpital Cochin (service de gynécologie); elle nous est adressée de la clinique Tarnier par le Dr Chéron.

Signes physiques : Le ventre est gros comme celui d'une grossesse à terme.

Percussion : A la partie inférieure de la tumeur, zone de matité remontant sur les parties latérales de l'abdomen; à la partie supérieure, zone très sonore.

Palpation : En déprimant la paroi à l'aide des doigts et en déterminant des petites secousses brusques, on perçoit une sorte de choc qui se produit entre la paroi et la tumeur. Du liquide est manifestement interposé entre ces deux dernières. Ce liquide est mobile, se déplace si l'on fait coucher alternativement la malade sur le côté droit, sur le côté gauche.

Toucher vaginal : Le doigt tombe de suite dans le cul-de-sac postérieur, le col est tout à fait caché derrière la symphyse, il n'existe plus de cul-de-sac antérieur. On sent le fond utérin à trois travers de doigt de la symphyse pubienne.

La palpation abdominale combinée au toucher nous montre que le doigt vaginal au contact du cul-de-sac postérieur perçoit la fluctuation déterminée par la dépression de la paroi par la main abdominale.

Il semble que l'on ait affaire à un kyste de l'ovaire qui s'est

fissuré deux fois : la matité observée à la base de la tumeur serait due au liquide épanché.

La malade étant soumise au repos dans le service, la zone de matité diminue, il semble que le liquide épanché se résorbe peu à peu; M. le Dr Bouilly se décide à intervenir le 10 novembre 1900. Anesthésie au chloroforme.

Opération. *Laparotomie médiane sous-ombilicale.* (M. Bouilly — M Fossard interne). — Section sans incident des différents plans : peau, aponévroses, péritoine.

La malade est placée dans la position déclive. A peine le péritoine est-il ouvert qu'il s'écoule des lèvres de la plaie un liquide *sanguinolent.* On tombe sur un kyste de l'ovaire droit entouré de nombreuse adhérences récentes qu'on se met en mesure de rompre ; on isole bien la tumeur qui est entourée de compresses stérilisées.

Ponction du kyste; aspiration du liquide. On retire un litre de liquide légèrement sirupeux et très sanguinolent. On cherche à en pratiquer l'énucléation, mais les parois sont tellement friables qu'elles se rompent à la moindre traction. La face interne de la cavité kystique présente de nombreuses végétations; une sorte de liquide épais comparable à du frai de grenouille tapisse ces dernières.

On nettoie bien la cavité à l'aide de compresses stérilisées. On lie le pédicule avec une soie et on le sectionne au thermo-cautère.

Une partie de l'épiploon adhérent saignant, on l'écrase avec l'angiotribe. La malade est replacée dans la position horizontale. On referme la paroi par un double surjet au catgut (péritonéal-aponévrotique). Crins de Florence pour la peau. Pansement avec la gaze stérilisée.

Examen macroscopique de la pièce. — Parois épaisses, molles, friables, présentant sur leur face externe de nombreuses adhérences et sur leur face interne des amas de substance granuleuse, grisâtre. La quantité de liquide épanché égale environ 1,500 gr. L'ovaire du côté gauche était absolument sain.

En résumé, on se trouve en présence d'un kyste végétant de l'ovaire droit, mais les végétations ne sont pas extra-kystiques,

elles sont exclusivement *intra*-kystiques. Dans ce kyste s'est fait à plusieurs reprises un épanchement sanguin; chaque hémorrhagie kystique était accompagnée d'une réaction péritonéale voisine, qui provoquait une exsudation.

L'hémorrhagie intra-kystique d'une part, l'exsudation péritonéale de l'autre, nous expliquent la douleur violente ressentie par la malade et le changement de volume du ventre, signes sur lesquels on s'était basé pour diagnostiquer un kyste de l'ovaire rompu.

Les suites opératoires furent absolument normales. Température 37°.

Ablation des fils au huitième jour.

La malade quitte le service le 6 décembre 1900, complètement guérie, avec une cicatrice parfaite.

Observation XXIII, *inédite* (communiquée par M. le Dr Souligoux avec l'autorisation de M. le professeur Tillaux).

Kyste de l'ovaire ou de l'utérus rompu. — Ascite. — Difficultés du diagnostic. — Laparotomie. — Guérison.

Femme de 45 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels dignes d'être notés, voit peu à peu son ventre augmenter de volume sans phénomènes douloureux. A son entrée à l'hôpital de la Charité, on constate par le toucher vaginal et la palpation abdominale combinés une tumeur fluctuante, semblant faire corps avec l'utérus, mobile quand on imprime des mouvements à ce dernier.

M. Souligoux, alors chef de clinique, examinant un jour cette femme, pendant la palpation abdominale la main sent tout à coup le ventre s'affaisser, ne perçoit plus la fluctuation et tombe de suite sur le corps de l'utérus. La tumeur s'est évidemment *rompue :* pas de douleurs, pas d'accidents consécutifs; on constate simplement un peu d'élévation de la température : 38°-38°,4.

Au bout de quelques jours la tumeur apparaît de nouveau. M. Tillaux se décidait à opérer cette malade quand, brusquement,

sans qu'on ait pratiqué le moindre examen, à la suite d'un léger effort, une nouvelle rupture se produit sans le moindre incident. Dans les jours suivants le liquide se résorbe peu à peu.

Le kyste semblant vouloir de nouveau se développer, M. Tillaux pratique une LAPAROTOMIE MÉDIANE sous-ombilicale avec l'aide de M. Souligoux ; une petite quantité de liquide visqueux, couleur chocolat, est épanchée au milieu des anses intestinales. La main arrive assez facilement sur un kyste *qui coiffe absolument le fond de l'utérus;* il est difficile de savoir si on se trouve en présence d'un kyste de l'utérus proprement dit ou d'un kyste de l'ovaire adhérent au fond de l'utérus.

La tumeur kystique rupturée et contenant encore du liquide brunâtre à son intérieur, est extirpée sans difficultés : pas de pédiculisation possible. Après avoir nettoyé soigneusement la cavité péritonéale, on referme le ventre sans drainage. Suites opératoires parfaites. Guérison.

OBSERVATION XXIV (M. QUÉNU, interne des hôpitaux, service de M. POLAILLON ; *Bulletins de la Société anatomique*, 1876, p. 695).

Kyste de l'ovaire rompu dans le péritoine pendant le travail. — Présentation de l'épaule. — Rétraction de l'utérus. — Embryotomie.

On amène sur un brancard à l'hôpital Cochin, le 26 novembre soir, la dame Ch. G..., âgée de 27 ans, enceinte de 8 mois et demi environ et en travail depuis plus de trois jours (premier enfant il y a 18 mois). La poche des eaux est rompue depuis trois jours ; trois tentatives de version ont été faites en ville aujourd'hui même ; PAS DE SEIGLE ERGOTÉ, paraît-il. On constate une deuxième présentation de l'épaule gauche et on essaie sans succès à deux reprises différentes de faire la version ; la rétraction de l'utérus, qui est comme tétanisé, ne permet pas d'arriver jusqu'aux pieds, ni

même jusqu'au siège. M. Polaillon a recours à l'embryotomie. L'enfant pèse 2,270 gr. Au moment de l'entrée à l'hôpital, l'état général était déjà grave, le facies altéré, le pouls fréquent et le ventre d'une sensibilité excessive.

27 novembre matin : temp. 36°,8. Pouls petit, fréquent. Ballonnement du ventre. Vomissements bilieux. Soir : refroidissement des extrémités. Mort à minuit.

Autopsie. — L'estomac et les intestins sont très distendus par des gaz. Le péritoine, dans ses parties pariétale et viscérale, est injecté, rouge poisseux, mais non recouvert de fausses membranes récentes. La cavité péritonéale contient environ 1 litre et demi d'un liquide louche sanguinolent, dans lequel l'examen microscopique a révélé la présence de nombreux globules de pus et de goutellettes graisseuses. L'examen du foie, des urines, des poumons et du cœur n'a révélé rien de particulier.

L'utérus étant incisé dans sa face antérieure, on découvre une surface interne parfaitement saine et ne présentant à l'examen le plus minutieux aucune trace de perforation. En retournant la pièce (tous les organes du petit bassin ont été enlevés en bloc), on aperçoit des fausses membranes assez résistantes s'étendant de la face postérieure de l'utérus à une tumeur qui remplit le fond du cul-de-sac rétro-utérin. Cette tumeur est arrondie, mesure 11 centim. dans tous les sens et semble affaissée. On fend cette tumeur par sa partie postérieure : ce n'est qu'une poche vide, ne renfermant qu'un caillot cruorique gros comme un œuf de poule et pouvant presque loger le poing. L'épaisseur des parois varie de 5 à 8 millim. La surface interne n'est pas lisse, mais mamelonnée, rougeâtre ; une comparaison vient de suite à l'esprit en la voyant, c'est celle de la face interne de l'utérus. Dans *l'angle droit* et à la *partie inférieure* de la poche se trouve une *petite perforation* qui conduit la sonde cannelée dans le cul-de-sac péritonéal recto-utérin.

Les connexions de la tumeur sont les suivantes : la face postérieure de l'utérus est en avant de fausses membranes anciennes qui vont de cette face au rectum qui est en arrière. Une grosse

bride épaisse relie l'intestin à la tumeur. Sur les côtés sont les ligaments utéro-sacrés.

Nulle part on ne trouve l'ovaire gauche.

Dans la concavité antérieure décrite par la trompe droite se trouve l'ovaire droit parfaitement sain et contenant le corps jaune de grossesse.

En incisant les parois du kyste, on trouve dans leur épaisseur de petits kystes de la grosseur d'un grain de chènevis, contenant un liquide rougeâtre. La consistance des parois est ferme et comme charnue.

L'absence de l'ovaire gauche, les connexions du kyste avec l'angle supérieur gauche de l'utérus et avec la trompe du même côté, nous autorisent à considérer la tumeur du cul-de-sac recto-utérin comme ayant son point de départ dans l'ovaire. En outre, il nous paraît permis de penser que ce qui remplissait la poche avant la perforation ne peut être que le liquide trouvé dans le péritoine, c'est-à-dire du *pus mélangé à du sang*.

L'EXAMEN MICROSCOPIQUE, fait au laboratoire d'histologie du Collège de France par M. Chambard, montre la paroi du kyste formée par une épaisse couche fibreuse doublée d'une couche de tissu embryonnaire ayant tous les caractères du tissu des *sarcomes très vasculaires*. La structure de cette dernière couche rappelle celle des parois kystiques ayant végété vers la cavité du kyste, de façon à la combler en partie par des masses ayant, au point de vue histologique, la signification des sarcomes encéphaloïdes. Cette opinion de M. Chambard sur la nature sarcomateuse de la zone embryonnaire des parois du kyste, est complètement partagée par MM. Malassez et de Sinéty. Cette structure des parois eût comporté naturellement un pronostic tout autre que s'il s'agissait d'altérations produites par un processus inflammatoire dans un kyste simple, comme nous l'avions d'abord supposé au seul examen macroscopique.

ADDENDA

Notre thèse était terminée et remise à l'éditeur quand M. le Dr Bouilly observa ces jours-ci dans sa clientèle privée un nouveau cas de rupture spontanée d'un kyste de l'ovaire. Nous sommes heureux de pouvoir encore insérer cette dernière observation qui a à elle seule toute la valeur d'une expérience.

Observation XXV, *inédite* (due à M. le Dr Bouilly).

Grand kyste uniloculaire de l'ovaire gauche. — Rupture spontanée sur la table d'opération, consécutive à des efforts de vomissements chloroformiques. — Laparotomie. — Phénomènes graves de réaction péritonéale.

Mme H..., 22 ans, mariée, a eu un accouchement à terme il y a 19 mois, suivi d'accidents infectieux qui mirent sa vie en danger.

La malade était parfaitement remise quand, en décembre 1900, elle constata que son ventre augmentait de volume, alors que rien ne lui permettait de supposer qu'elle était de nouveau enceinte. Le volume du ventre augmenta rapidement dans les mois qui suivirent, et quand la malade vint me consulter dans les derniers jours d'avril 1901, l'abdomen était développé à peu près comme celui d'une grossesse à terme.

L'examen permet de reconnaître avec la plus grande facilité un grand kyste de l'ovaire, fluctuant dans tous les sens, présen-

tant une partie plus solide à sa région supérieure où il semble y y avoir un épaississement dans la paroi kystique.

L'utérus est facile à délimiter : il est situé en bas de la tumeur, refoulé légèrement à droite et tout à fait indépendant.

Il n'y a aucun trouble général ni local, la santé est restée bonne ; il n'y a pas d'amaigrissement ; la malade est seulement gênée par le volume et le poids de son ventre.

Je lui donne, sans aucune hésitation, le conseil de faire opérer son kyste le plus tôt possible.

L'opération est décidée pour le 6 mai. Dans les dix jours environ qui séparent l'examen de l'opération, le volume du ventre a encore certainement augmenté.

Opération, 6 mai 1901. — La malade étant sur la table d'opération, après la toilette ordinaire de la paroi, au moment où l'on allait donner le premier coup de bistouri, il se produit avec effort quelques *vomissements* qui font rejeter une grande quantité de bile jaune. La malade est réendormie plus profondément et au moment où l'on soulève les compresses qui recouvraient l'abdomen, on constate que celui-ci a complètement changé d'aspect ; au lieu d'être globuleux et saillant en avant, il est tout à coup devenu plat et étalé ; au lieu de présenter une résistance et une fluctuation limitées, il présente une ondulation étendue à tout le ventre ; en un mot, au lieu de l'aspect d'un kyste il présente celui d'une ascite.

Il n'y a aucun doute à avoir sur ce qui s'est passé et j'annonce de suite que le kyste s'*est rompu* et que son contenu a passé dans le péritoine.

La paroi abdominale est incisée et dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule un flot de *liquide brunâtre*, épais, filant, dont la quantité recueillie est de 6 litres. Le kyste est affaissé, complètement vide, se présente de lui-même à l'incision et se laisse amener à l'extérieur comme une membrane d'hydatide vidée ; il n'y a aucune adhérence nulle part ; le pédicule se fait pour ainsi dire de lui-même sur la partie supérieure du ligament large.

Ligature avec une soie n° 3 ; section au thermo-cautère.

La toilette péritonéale est soigneusement faite avec des compresses et n'est terminée que lorsqu'on ne ramène plus de liquide du fond du bassin.

Au cours de ces manœuvres, la malade a une menace de syncope chloroformique et doit être placée pendant quelques instants la tête en bas. Un drain est laissé dans la cavité de Douglas et sort à la partie inférieure de l'incision abdominale.

Fermeture de la paroi à trois plans.

Examen des pièces. — Le kyste siégeait à gauche ; l'ovaire droit est parfaitement sain. C'est un grand kyste uniloculaire, présentant vers son milieu un *diaphragme* incomplet qui divise la totalité de la poche en deux grandes loges communiquant entre elles. A son pôle supérieur et à droite, la paroi présente un épaississement de quelques centimètres d'épaisseur dans lequel on constate la présence de nombreuses petites cavités kystiques.

La face interne du kyste est parsemée de petites *ecchymoses* qui semblent toutes récentes et s'être produites au moment de la rupture du kyste. La *déchirure* siège en haut et à gauche ; elle est régulière, circulaire et présente un diamètre d'environ *dix* à *douze centimètres*, capable de permettre facilement l'introduction *du poing*.

La paroi kystique présente partout son aspect ordinaire ; elle est blanche, légèrement nacrée, sans apparence d'altération quelconque ; elle est mince, régulière, sauf à la partie supérieure déjà signalée. A l'examen à l'œil nu, cette paroi ne semble différer en rien de la paroi ordinaire des kystes et rien ne peut expliquer sa facilité de rupture que son extrême distension et la tension du liquide sous l'influence des efforts de vomissements.

Les *suites immédiates* de cette opération ne furent pas des plus simples ; dès son réveil, pendant toute la première journée, la malade accusa une douleur excessivement violente dans toute la partie supérieure de l'abdomen et en particulier dans la région hépatique, et fut tourmentée par des vomissements bilieux jaunâtres, d'une abondance extrême. A 6 heures, la température est 37°,1 ; le pouls 80.

Le 7. La nuit a été mauvaise, agitée, troublée par des nausées et des vomissements incessants, malgré plusieurs piqûres de morphine; ce matin, le pouls est fréquent à 120-124; la température à 37°,2. La figure est tirée et fatiguée.

La journée est mauvaise, de même que la nuit; les vomissements sont presque incessants, deviennent noirâtres ; le soir, température 37°,3, pouls 128-130.

Morphine; glace sur le ventre ; 1,000 gr. de sérum en injection sous-cutanée.

Le 8. Pouls 124 ; température 37°,1. La nuit a été moins mauvaise depuis 2 heures du matin.

Le drain est retiré ; il n'a donné lieu à aucun suintement.

Le ventre est ballonné modérément, très sensible partout à la pression.

La journée est meilleure et à partir de la soirée tout put être considéré comme terminé.

Le 9. Matin, pouls 96 ; température 37°,1. La nuit a été bonne et tranquille ; il n'y a pas eu le moindre vomissement ; il ne reste plus qu'une légère sensibilité à la partie supérieure de l'abdomen.

A partir de ce jour, les choses reprirent une marche régulière et simple et la malade entra, pour ainsi dire, de suite en convalescence.

Le 13. Ablation des fils ; réunion par première intention.

En se reportant aux détails de ce fait, on ne peut se défendre de l'idée que tous les accidents ont été dus à l'effusion subite de cette énorme quantité de liquide kystique dans la cavité péritonéale. Le cas était aussi simple que possible et ne présentait aucune difficulté opératoire ni possibilité de complication.

La diffusion du liquide kystique semble avoir déterminé une irritation péritonéale qui s'est traduite par cette violente réaction de la séreuse avec toutes les apparences de la péritonite la plus grave.

CONCLUSIONS

I. — La rupture spontanée des kystes ovariens est souvent favorisée par une dégénérescence préalable des enveloppes kystiques, même si elle est consécutive à un traumatisme.

II. — La puerpéralité est un des facteurs importants de la rupture.

III. — Les lésions observées varient selon que la rupture se fait dans la cavité péritonéale ou dans les organes du voisinage. Dans les ruptures intra-péritonéales, la réaction péritonéale dépend avant tout de la nature du liquide épanché.

IV. — Les symptômes des ruptures extra-péritonéales diffèrent essentiellement des symptômes des ruptures intra-péritonéales. Dans ces dernières, nous distinguerons deux formes : l'inondation péritonéale, l'ascite à répétition.

V. — Le diagnostic de l'affection peut être très difficile dans certains cas.

VI. — Le pronostic est grave en général. Les kystes

qui, entrant en régression, guérissent à la suite d'une rupture spontanée sont des kystes parovariques.

VII. — Le traitement qu'il convient d'appliquer à presque tous les cas est la laparotomie pratiquée dans le plus bref délai. Le pronostic de l'affection se trouvera ainsi de plus en plus amélioré.

BIBLIOGRAPHIE

Nous trouvons inutile de faire la bibliographie complète de la question : on la trouvera signalée dans les publications antérieures. Nous nous contenterons simplement d'indiquer les principaux travaux parus depuis 1895.

Arnal. — *De l'intervention chirurgicale dans la rupture traumatique des kystes de l'ovaire*. Thèse de Paris, 1898, n° 454.

Auché et **Chavannaz**. — Action des injections intra-péritonéales du contenu des kystes ovariques (étude expérimentale). *Comptes rendus de la Société de biologie*, 3 juillet 1897, p. 635.

— Lésions du foie par injections intra-péritonéales du contenu des kystes ovariques. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1er juillet 1899.

— Lésions du rein par injections intra-péritonéales du contenu des kystes ovariques. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 26 juillet 1899.

Bar et **Dambrin**. — Dystocie causée par un kyste hydatique du petit bassin. Rupture du kyste. Laparotomie. Guérison. In thèse de J. d'Herbécourt, *De la voie vaginale sans hystérectomie*, Paris, 1900, p. 112.

Baron. — *Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire*. Thèse Paris, 1898.

Bénard. — *Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire et en particulier de l'occlusion intestinale consécutive à cette torsion*. Thèse Paris, 1898, n° 379.

Bouilly. — De la suppuration des kystes de l'ovaire. *La Gynécologie*, juin 1896.

— *Manuel de pathologie externe*, t. IV, 1897.

— Le pronostic des kystes végétants de l'ovaire. *XIe Congrès de chirurgie*, Paris, 1897.

— Contribution à l'étude des grosses tumeurs fibro-kystiques de l'utérus. *La Gynécologie*, 1897.

Boursier. — *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Bordeaux*, 25 février 1896.

— Considérations sur la rupture intra-péritonéale des kystes colloïdes de l'ovaire, à propos d'un cas de rupture avec ascite gélatineuse. *Société d'obstétrique, de gynécoloyie et de pædiatrie de Bordeaux*, 1898, et *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1897.

— *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Bordeaux*, 12 décembre 1897.

Brunet. — *Essai sur une forme spéciale d'épiploïte chronique et sur la torsion de l'épiploon*. Thèse Paris, 1900.

Cathelin. — La torsion des hydrosalpinx. *Revue de chirurgie*, février 1901.

Cocard. — *Les traitements des kystes de l'ovaire pendant la grossesse et les suites de couches*. Thèse Paris, 1896.

Demons. — Kystes de l'ovaire rompus. *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Bordeaux*, 25 février 1896.

— *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1896, p. 219.

— *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Bordeaux*, 12 décembre 1899.

— *Gazette des hôpitaux de Toulouse* du 21 octobre 1899, n° 42.

— *Journal de médecine de Bordeaux*, 1899.

— *Journal de médecine de Bordeaux*, janvier 1900.

Dieulafoy. — *Manuel de pathologie interne*, 13e édit., 1901. Art. « Appendicite ».

Dujardin. — *Contribution à l'étude des kystes de l'ovaire dans l'état puerpéral*. Thèse Lille, 1897-98.

Fritsch. — *Traité des maladies des femmes*. Traduction Stas, 1898.

Galdspohn (**Al.**). — Tubo ovarian cysts with interesting cases. *Americ. Journ. of Obstetrics*, 1896.

Gosset et **Mouchotte**. — *Annales de gynécologie*, 1900, p. 513.

Greig Smith (de Bristol). — *Chirurgie abdominale*. Traduction française, par Vallin. Paris, Steinheil, 1895.

Grosse (de Halle). — XXVIIe *Congrès de chirurgie allemand*, 1899.

Harrison Cripps. — Ovarian cysts communicating with the Rectum. *British med. Journal*, 2 janvier 1897.

Hartmann. — Notes sur 4 cas de rate mobile. *Comptes rendus du Congrès français de chirurgie*, 1895.

Heinricius. — De l'infection des kystes de l'ovaire. *Annales de gynécologie*, 1897.

Hochenegg. — Ein Fall intraabdomineller Netztorsion. *Wiener klin. Woch.*, 1900, n° 13.

Hurel. — *Kyste de l'ovaire et grossesse*. Thèse de Lyon, 1899.

Jalaber. — *Dystocie par kyste de l'ovaire pendant l'accouchement.* Thèse Paris, 1898.

Kealing et **Coë**. — *Clinical Gynecology by american authors*, 1895.

Labadie-Lagrave et **Leguen**. — *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, 2e édition, 1901.

Lanelongue. — Variabilité du pronostic dans les ruptures kystiques intra-péritonéales. *Société d'obstétrique, de gynécologie et de pædiatrie de Bordeaux*, 12 avril 1896.

Lejars. — *Traité de chirurgie d'urgence*, 3e édit., 1901.

Le Nadan. — *Étude sur les kystes hydatiques de l'ovaire.* Thèse Bordeaux, 1896-97, n° 20.

Macé. — *Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des fibromes sous-séreux de l'utérus.* Thèse Paris, 1897, n° 284.

Maillard. — *De la torsion des salpingites.* Thèse Paris, 1898, n° 429.

Mangin. — Kystes dermoïdes et grossesse. *La Gynécologie*, 15 juin 1896, p. 221.

Mangold. — *De l'infection des kystes de l'ovaire.* Thèse de Bâle, 1895.

Martin (A.). — *Traité clinique des maladies des femmes.* Traduction Varnier et Weiss. Paris, Steinheil, 1895, p. 562.

Mauger (A.). — *Contribution à l'étude de l'ovarite suppurée.* Thèse Paris, 1900.

Maygrier. — Article « Kyste de l'ovaire et grossesse », in *Traité de l'art des accouchements* de Tarnier et Budin. Paris, Steinheil, tome III, 1898.

Moulonguet. — Rupture spontanée de deux kystes de l'ovaire dans le péritoine. *Echo médical du Nord*, n° 13, 20 juin 1897.

Péan. — *Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital Saint-Louis*, 1895.

— *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, tome III, 1895.

Perrimond. — *Des abcès pelviens spontanément ouverts dans la vessie chez la femme (fistules tubo-vésicales) et en particulier de leur traitement.* Thèse Lyon, 1897.

Peyrot. — Possibilité de l'ensemencement hydatique des tissus par le liquide et les vésicules des kystes. *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1900, séance du 9 mars.

Planque. — *Contribution à l'étude de la torsion des fibromes utérins.* Thèse Paris, 1897.

Pozzi. — *Traité de gynécologie clinique et opératoire*, 3e édition, 1897.

— *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1900.

Pozzi et **Beaussenat**. — *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1897.

Quénu. — Discussion sur le traitement des péritonites. *Bulletins de la Société de chirurgie*, avril mai 1897.

Quénu. — Traitement chirurgical des kystes hydatiques. *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1900.

Ribemont-Dessaignes et **Lepage**. — *Précis d'obstétrique*, 5e édit., 1900.

Sabrazès et **Muralet**. — Formule cytologique des liquides séreux contenus normalement dans le péritoine du bœuf. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1900.

Schroeder. — *Maladies des organes génitaux de la femme*, 12e édition allemande. 3e édition française, 1899.

Schultze. — Wieder an Echinococcus ovaridextri. *Zeitschrift für Geburts, und Gynœkologie*, 1898, Heft 3.

Schwartz. — Trois observations de suppuration des kystes de l'ovaire. *Annales de gynécologie*, 1897, p. 276.

Segond. — Article « Kyste de l'ovaire », in *Traité de chirurgie* Duplay et Reclus, t. VIII, 2e édition, 1899.

Sgourdéos. — *De la rupture dans le péritoine des kystes dermoïdes de l'ovaire*. Thèse Lyon, 1898.

Thévenard. — *Contribution à l'étude de l'hématocèle rétro-utérine*. Thèse Paris, 1896.

Tillaux. — *Traité de chirurgie clinique*, t. II, 1900.

Tuffier et **Milian**. — Cyto-diagnostic du kyste de l'ovaire et de la péritonite tuberculeuse. *Comptes rendus de la Société de biologie*, 20 avril 1901.

Vlaccos (de). — Kyste de l'ovaire simulant une grossesse ectopique rompue. Laparotomie. Mort. *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, 1900, t. XXVI, I.

Vuillième. — *De la rupture des collections enkystées au cours du palper abdominal*. Thèse Paris, 1900.

Widal et **Ravaut**. — Cyto-diagnostic. *Congrès international de Paris*, 1900, et *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1900.

Wins. — Rupture des kystes parovariens. *Nord médical*, 1er déc. 1896.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

NTRODUCTION 7

CHAPITRE PREMIER. — *Étiologie* 9

§ 1. — Ruptures par traumatismes 13

§ 2. — Ruptures par altération des parois 15

CHAPITRE II. — *Rupture et grossesse.*

(Grossesse, travail, suites de couches) 24

CHAPITRE III. — *Anatomie et physiologie pathologiques* 32

§ 1. — Le liquide épanché 32

Étude expérimentale 43

§ 2. — L'état du péritoine et des parties voisines 47

§ 3. — L'état du kyste rompu 54

CHAPITRE IV. — *Symptomatologie* 58

§ 1. — Rupture *intra-péritonéale* : α) à forme d'inondation péritonéale (symptômes immédiats, symptômes consécutifs) 59

β) A forme d'ascite à répétition 65

Les voies d'élimination du liquide épanché 72

§ 2. — Le kyste s'évacue *dans les cavités viscérales* (rupture *extra-péritonéale)* 74

CHAPITRE V. — *Diagnostic et complications* 80

§ 1. — La rupture est *extra-péritonéale* 80

§ 2. — La rupture est *intra-péritonéale* 83

α) Il y a inondation péritonéale. Diagnostic avec les autres accidents du kyste 83

Avec les autres tumeurs abdominales 85

β) Il y a ascite à répétition 91

CHAPITRE VI. — *Pronostic* 98

Immédiat 98

Éloigné 102

Dans l'état puerpéral 106

CHAPITRE VII. — *Traitement* 109

OBSERVATIONS 117

ADDENDA 161

CONCLUSIONS 165

BIBLIOGRAPHIE 167

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu par le président de la thèse,

BERGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

IMPRIMERIE A.-G. LEMALE, HAVRE